

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2014 – 2017. Versão atualizada em março/2015



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SEMUS

Aprovado na 101ª reunião ordinária realizada em 06/09/2013 através da
Resolução CMSV N.º 863/2013.

VITÓRIA, ES
MARÇO/2015

Luciano dos Santos Rezende
PREFEITO

Daysi Koehler Behning
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cátia Cristina Vieira Lisboa
SUBSECRETÁRIA DE APOIO ESTRATÉGICO

Karina Daleprani Espindula
SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Fabiane Lima Simões
SECRETÁRIA EXECUTIVA

Angela Angius Costa
Josilda Terezinha Bertulozo Ferreira
Maria Lucia Pesente
Lucileia Rosa Eller
ASSESSORIAS DE GABINETE

Sônia Maria Beltrame
GERÊNCIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Francesca Salazar Frizzera Borges
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Arlete Frank Dutra
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Andrea Barbosa Alves
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

Maria Alda Donatti Vasconcelos
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA

Silvia Aparecida Beltrame
GERÊNCIA DO TRABALHO EM SAÚDE

Jorge Tadeu Laranja
GERENTE DE LICITAÇÃO

Fred Ferreira Lozer
GERÊNCIA DE INSUMOS DE SAÚDE

Jefferson Silva Carmo
GERÊNCIA DE LOGÍSTICA

Mirtes Vieira
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE APOIO À ATENÇÃO

Regina Celia Diniz Werner
ESCOLA TÉCNICA E DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Regina Maria Binda Azevedo Terrão
LABORATÓRIO CENTRAL MUNICIPAL

Irecy da Silva Muniz
OUIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COORDENADOR DO PROCESSO:
Denize Santos Schneider
COORDENAÇÃO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

COLABORADORES PARA REVISÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE:

Denize Santos Schneider
Duse Eleonora Moraes Spelta
Josimary da Silva Pecegueira
Herlam Wagner Peixoto
Fabiano José Pereira de Oliveira
Fátima Maria Silva
Lucileia Rosa Eller
Renilsa AS Sousa
Verúcia Frizzera Musso
Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA – CMSV

Criado através da Lei n.º 3.712 de 17 de janeiro de 1991

Alterado pela Lei n.º 7.867 de 24 de dezembro de 2009 e

Lei n.º 7.991 de 18 de setembro de 2010

Regulamentado pelo Decreto n.º 6.606 de 05 de junho de 2006

Composição Biênio 2014 – 2016

Decreto n.º 16.127 de 02 de outubro de 2014

Representantes do Poder Público Municipal:

- *Secretaria de Saúde*
 - **Titular** : Daisy Koehler Behning
 - **Suplente**: Joventina Vieira Santiago Tavares
 - **Titular** : Karina Daleprani Espindula
 - **Suplente**: Andrea Maria Negrelli Valdetaro Borjaille

Representantes dos prestadores de serviços de saúde:

- *Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer – AFECC*
 - **Titular** : Ana Maria Zanotti de Aguiar
 - **Suplente**: Luiz Faria de Araújo Junior

- *Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil – ACACCI*
 - **Titular**: Silvia Neves Zouain
 - **Suplente**: Adriana Henrique dos Santos

Representantes das entidades representativas dos Trabalhadores da Saúde:

- *Sindicato dos Trabalhadores da Saúde Pública do Estado do Espírito Santo – SINDSAÚDE/ ES*
 - **Titular**: Lara Pedroni Lira de Queiroz Vieira
 - **Suplente**: Carlos Fernando Pimentel

- *Sindicato dos Servidores Municipais Único da Saúde do Município de Vitória - SISMUSV*
 - **Titular**: Cristiana Aparecida do Nascimento
 - **Suplente**: Olga Maria Pereira

- *Sindicato dos Odontologistas do Estado do Espírito Santo – SINODONTO*
 - **Titular**: Gina Duarte Vieira
 - **Suplente**: Maria Maruza Carlesso

- *Sindicato dos Enfermeiros no Estado do Espírito Santo - SINDIENFERMEIROS*
 - **Titular:** Emília Rodrigues de Andrade
 - **Suplente:** Willian Fontes

Representantes dos usuários do SUS:

- *União de Negros pela Igualdade - UNEGRO*
 - **Titular :** Sidney Parreiras de Oliveira
 - **Suplente:** Edson Ferreira
- *Associação de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS do Estado do Espírito Santo - APVHA*
 - **Titular :** Simone Almeida Guedes
 - **Suplente:** Francisco Tavares
- *Pastoral da Criança da Arquidiocese de Vitória*
 - **Titular:** Marília de Oliveira Boynard
 - **Suplente:** Maria Auxiliadora Lima Siqueira
- *Associação de Moradores da Grande Vitória*
 - **Titular :** Terezinha Costa da Silva
 - **Suplente:** Aurenny Scheidegger Amaral
- *Conselho Popular de Vitória*
 - **Titular:** Benedito Domingos dos Santos
 - **Suplente:** Maria das Graças Jantorno Rocha
- *Sociedade São Vicente de Paulo*
 - **Titular :** Maria da Penha Oliveira Peres
 - **Suplente:** Fátima Cristina da Silva Danta
- *Associação de Moradores de Maruípe*
 - **Titular :** Aguinaldo Fritoli Vieira
 - **Suplente:** Paulo Humberto Mattos
- *Central Única dos Trabalhadores do Estado do Espírito Santo – CUT/ES*
 - **Titular:** AguiBERTO Oliveira de Lima
 - **Suplente:** José Carlos Lourenço

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. CARACTERÍSTICAS MUNICIPAIS	14
2.1 DEMOGRAFIA	15
2.1.1 REGIÕES DE SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL	17
2.2 DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE	18
3. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	20
3.1 MORTALIDADE GERAL	20
3.1.1 MORTALIDADE GERAL POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	21
3.1.2 MORTALIDADE GERAL POR NEOPLASIAS	23
3.1.3 MORTALIDADE GERAL POR CAUSAS EXTERNAS	26
3.1.4 MORTALIDADE GERAL POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	28
3.1.5 MORTALIDADE GERAL POR DOENÇAS ENDÓCRINAS	29
3.2 MORTALIDADE INFANTIL	29
4. MORBIDADE HOSPITALAR	36
4.1 MORBIDADE HOSPITALAR EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS	38
4.2 ATENDIMENTO HOSPITALAR DE URGÊNCIA	39
5 MORBIDADE POR AGRAVOS DE IMPORTÂNCIA COLETIVA	40
5.1 TUBERCULOS	40
5.2 HANSENÍASE	42
5.3 MENINGITE	44
5.4 HEPATITES	46
5.5 AIDS	48
5.6 DENGUE	50
5.7 COQUELUCHE	53

5.8 INFLUENZA	54
5.9 SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGENITA	55
5.10 SAÚDE BUCAL	57
5.11 EVENTOS CARDIOVASCULARES	59
6 CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM VISTAS AO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL	60
7 MODELO DE ATENÇÃO E REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	62
7.1 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA ORGANIZAÇÃO TERRITORIAL	63
7.2 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA	66
7.3 ATENÇÃO BÁSICA	67
7.4 ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	67
8 INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA	71
8.1 CONSOLIDAÇÃO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO E NA REGIÃO METROPOLITANA	71
9 POLÍTICA E PROGRAMAS ESPECIAIS	72
10 APOIO DIAGNÓSTICO	73
11 ATENÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	74
12 ASSISTENCIA FARMACÊUTICA	75
13 REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	77
13.1 REGULAÇÃO	77
13.2 AVALIAÇÃO E CONTROLE	78
14 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	79
15 RECURSOS FINANCEIROS E GESTÃO MUNICIPAL	80
16 APOIO ESTRATÉGICO: INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA	84
17 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	86
18 TECNOLOGIA, E INOVAÇÃO EM SAÚDE	89

19 AUDITORIA	95
20 OUVIDORIA	96
21 CONTROLE SOCIAL	97
22 DIRETRIZES OBJETIVOS E METAS	100
23 BIBLIOGRAFIA	120
ANEXOS	124

APRESENTAÇÃO

A expressão das políticas públicas e dos compromissos de saúde na esfera da gestão se consolida através do Plano Municipal de Saúde (PMS), que é a base para a execução, monitoramento, avaliação e a gestão do sistema de saúde. É um dos instrumentos fundamentais no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

O PMS, em conformidade com a Portaria 2.135/2013 do Gabinete do Ministro da Saúde, de 25 de setembro de 2013, possibilita a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, a resolubilidade tanto da gestão, quanto das ações e serviços prestados à população, configurando-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

A elaboração deste Plano ocorreu a partir da convocação e realização da 8ª Conferência Municipal de Saúde de Vitória: “Direito à saúde: efetivando a integralidade no SUS” com 133 propostas finais provenientes da discussão de diferentes atores do setor saúde e da sociedade, com responsabilização e comprometimento de todos na construção e resultados desse instrumento. E portanto deve ser conhecido por todos os cidadãos, monitorado, avaliado e revisado para garantir a qualidade de vida no município de Vitória.

O trabalho vivo em saúde, parafraseando Merhy, é um desafio constante de sujeitos comprometidos e centrados na defesa da vida individual e coletiva, que reinventem a gestão do cuidado em saúde e a relação trabalhador-usuário, pautadas em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Daysi Koehler Behning

Secretária Municipal de Saúde de Vitória

1. INTRODUÇÃO

A Administração Municipal de Vitória está organizada em um modelo de gestão compartilhada, fundamental na construção de uma cidade com qualidade de vida para todos. Visa envolver a população nas escolhas das ações que solucionem os problemas reais das comunidades.

O modelo de gestão do Município de Vitória foi formulado a partir do Planejamento Estratégico 2013 a 2016 tendo como base sua identidade organizacional, na qual estão definidos o Negócio, a Missão, os Princípios e Valores da instituição e este modelo se traduz na organização da Secretaria Municipal de Saúde e sua forma de desenvolver suas estratégias de intervenção sobre os agravos, riscos do adoecimento e garantia da sobrevida com qualidade.

Um dos mecanismos da gestão compartilhada é o orçamento participativo, além do Gabinete itinerante, que compreende a elaboração e o controle da execução do orçamento público com efetiva participação popular na definição das prioridades de investimentos da Prefeitura. A incorporação da população no processo de discussão do destino da cidade e da vida em sociedade, como também a sua contribuição nas formulações e decisões relacionadas às políticas públicas, possibilita práticas de gestão moderna e eficiente dos recursos. Dessa forma, seguindo esse ideário político democrático do governo municipal foi definido o Mapa Estratégico 2013 – 2016 (Figura 1) com as seguintes diretrizes:

- ***Equidade e justiça social***
- ***Ambiente social de Paz***
- ***Desenvolvimento com sustentabilidade***

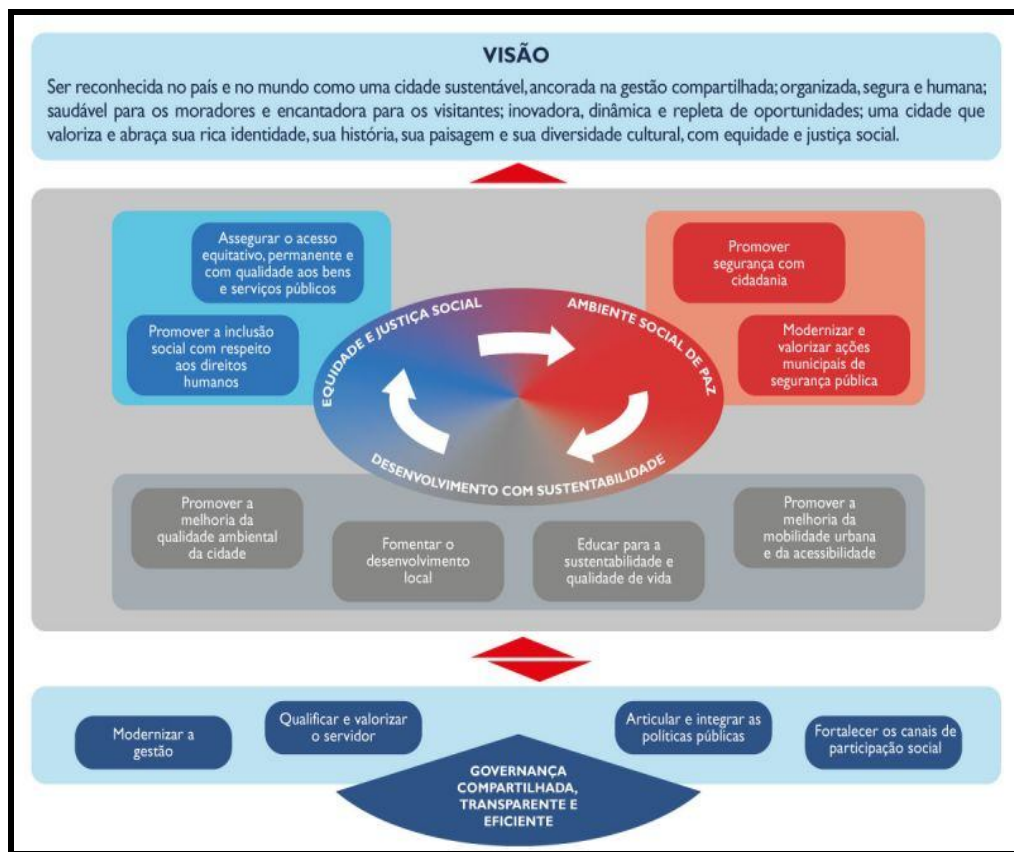


Figura 1 – Mapa Estratégico 2013 – 2016

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) organiza-se de forma colegiada e participativa, seguindo as diretrizes da Gestão Municipal. Os espaços colegiados (Figura 2) destacam-se como mecanismos de integração e de articulação das ações desenvolvidas pela SEMUS, operacionalizados nos diversos locais onde se discutem às necessidades de saúde da população para a tomada de decisões.

Esses espaços são de grande relevância para a modernização da gestão, tais como: o Comitê Gestor formado pelos gerentes e diretores dos serviços de saúde - que analisa a implementação das ações, debate, orienta, integra os programas e seus gerenciamentos, adequando o monitoramento das ações estratégicas, o Comitê Gestor Regional - composto por diretores dos serviços de saúde existentes na região de saúde, sob a coordenação de um de seus representantes.

O Colegiado de Gerentes - composto pelo secretário, secretário executivo, assessores, sub-secretários e gerentes - responsável por analisar, formular, debater e avaliar os programas e ações relativos ao funcionamento da SEMUS na relação com outros setores e com a esfera estadual e federal do SUS.

O Colegiado Gestor dos Serviços de Saúde - composto pelo diretor do serviço de saúde e representantes dos trabalhadores de saúde objetiva gerir e operacionalizar ações de saúde no território, provendo acesso e acolhimento aos usuários e mediando a relação entre a comunidade e a Secretaria Municipal de Saúde.

Outra instância colegiada é o Apoio Institucional, que possui o papel de mediar e facilitar a construção de espaços coletivos, transformando e concretizando o trabalho em ações práticas, aproximando o saber (análise) do fazer (tarefa e projeto de Intervenção), por meio de projetos específicos.

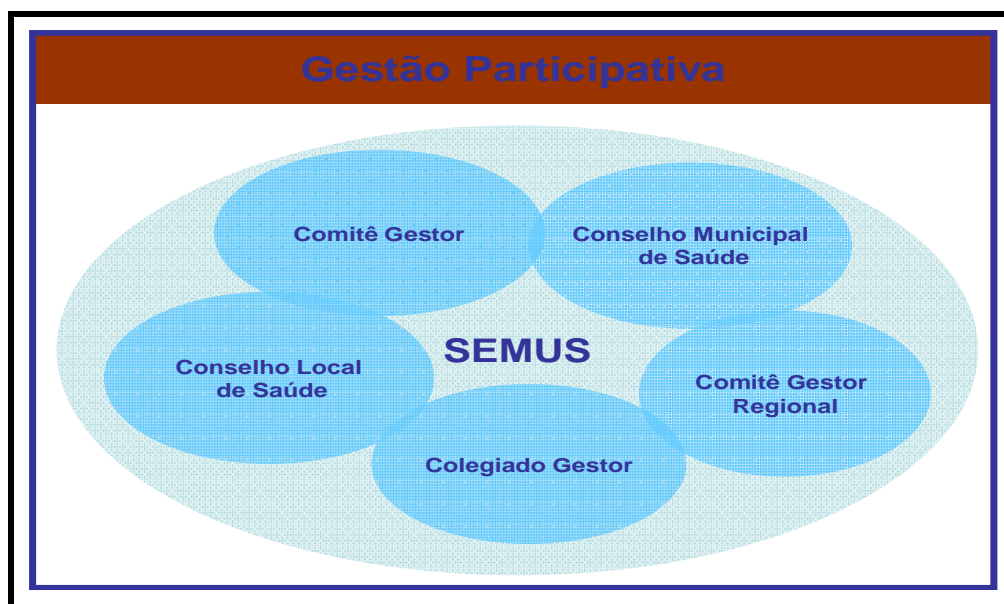


Figura 2 – Espaços Colegiados

Neste contexto organizacional o Sistema de Saúde Municipal se consolida pela combinação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde realizados por entes federativos da administração direta e indireta, como também

pelos prestadores de serviços conveniados e contratados (participação complementar da iniciativa privada), obedecendo às diretrizes constitucionais de descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, segundo o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentador da Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

Como instrumento de consolidação da responsabilidade sanitária do governo municipal, o Plano Municipal de Saúde de Vitória 2014 a 2017 possui um compromisso de garantir o direito à saúde a todos os cidadãos, a equidade em saúde com priorização das especificidades territoriais demonstradas na análise situacional de saúde do município, o planejamento local e regional integrado da Região Metropolitana de Saúde, subsidiar os vários instrumentos de gestão e avaliação inerentes ao SUS e as Diretrizes, os Objetivos e Metas estabelecidos para serem alcançadas em quatro anos.

2. CARACTERÍSTICAS MUNICIPAIS

Vitória, capital do Estado do Espírito Santo é uma das cidades mais antigas do Brasil, integra, juntamente com os municípios de Serra, Cariacica, Viana, Vila Velha, Fundão e Guarapari, a Região Metropolitana da Grande Vitória, composta por 1.687.704 habitantes.

De acordo com Plano Diretor de Regionalização da Saúde, 2011 (PDR – 2011) pertence à Região Metropolitana da Saúde junto com outros dezenove municípios. Dos 78 municípios do Estado, Vitória está entre os nove que possuem populações acima de 100 mil habitantes.

O município de Vitória possui 98,194 Km² de extensão territorial e uma população estimada de 333.162 mil habitantes, para o ano de 2012, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A cidade se organiza em bairros, regulamentado pela Lei Municipal nº 6.077/2003. As configurações geopolíticas da cidade redefiniram as divisões regionais e excluíram de seus contornos alguns bairros pertencentes ao Município de Serra. Na territorialização administrativa Vitória se divide em 08 Regiões Administrativas, conforme demonstra a Figura 3, (o bairro Jardim Camburi por sua extensão geográfica e populacional, passa a ser considerada Região Administrativa, de acordo com a Lei Municipal nº 6.488/2005) e 79 Bairros.

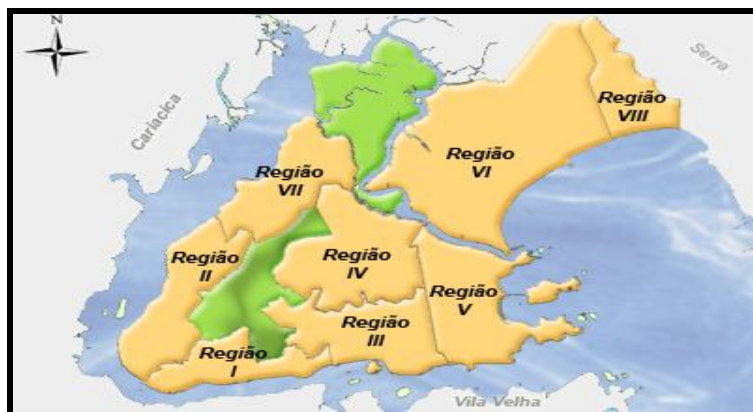


Figura 3 – Regiões Administrativas do município de Vitória/ES

2.1 DEMOGRAFIA

No município o aumento da densidade demográfica reflete o fenômeno também ocorrido na Região Metropolitana. No último censo, de 2010, apresentou uma densidade demográfica de 3.338,29 habitantes por quilômetro quadrado, aumento de 11,21% em relação ao observado na década passada, cerca de 2.976,80 habitantes/ Km², que se localizam em áreas de urbanização recente.

O município apresenta mudanças no padrão demográfico semelhante ao observado no Brasil e no Estado do Espírito Santo, caracterizado por uma redução na taxa de crescimento populacional, se compararmos 1991/2000 a 2000/2010 (Tabela 1).

Tabela 1 – Taxa de crescimento Vitória, ES e Brasil, 1991/2000, 2000/2010.

Taxa/ ano	1991/2000	2000/2010
Vitória	1,38	1,15
Espírito Santo	1,98	1,27
Brasil	1,64	1,17

Fonte: IBGE

Os últimos censos demográficos evidenciam uma redução da população na faixa etária de menores de dez anos e aumento no número de adultos jovens (20 a 34 anos) e dos idosos (60 anos e mais).

Este padrão pode ser observado na mudança da configuração da pirâmide populacional de Vitória (Gráfico 1), que vem estreitando sua base e tendo o ápice alargado pelo crescente índice de envelhecimento, observado nos censos populacionais de 1991, 2000, e 2010, respectivamente de 23,53%, 36,88%, e de 62,53% e são reflexos do declínio da natalidade e da fecundidade, bem como da redução da mortalidade, que resultam no aumento da expectativa de vida e consequentemente no incremento das parcelas mais idosas da população.

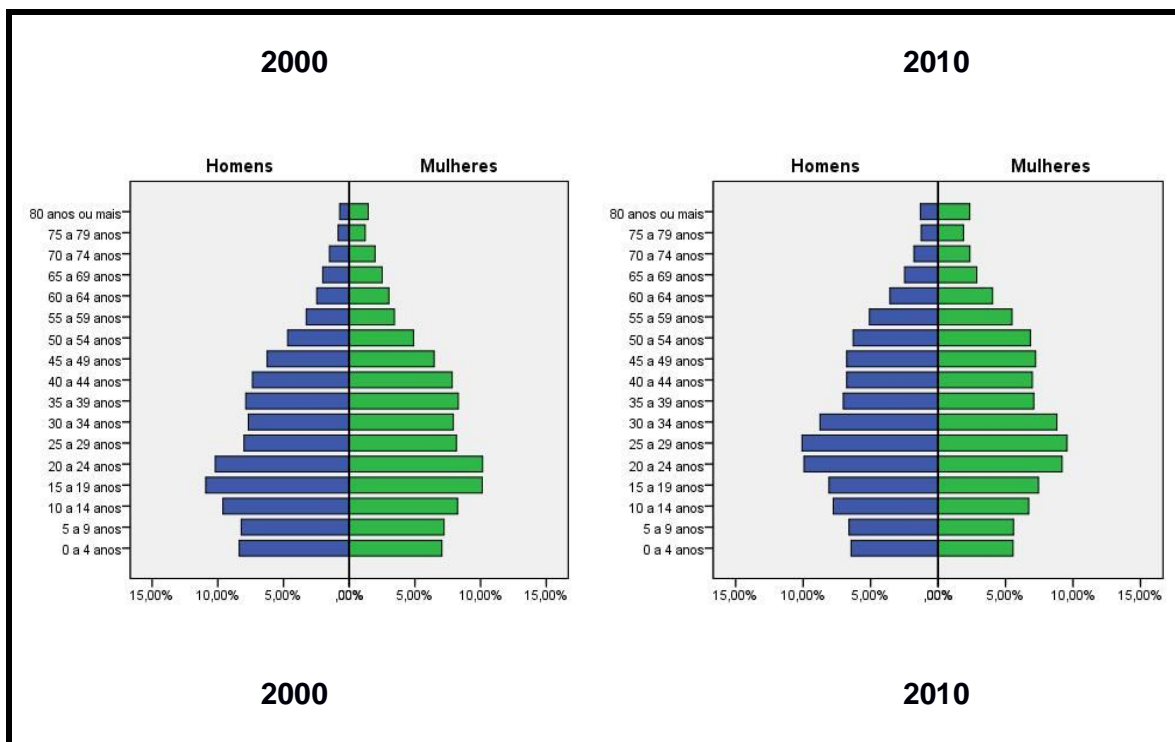


Gráfico 1 – Pirâmides populacional município de Vitória/ES, 2000 e 2010

Fonte: IBGE – censos 2000 e 2010-Vitória-ES

Na distribuição da população por faixa etária observa-se um predomínio do sexo masculino desde o nascimento até a fase inicial da adolescência (14 anos), entretanto após esta idade (15 anos e +) a situação se inverte e passa a predominar o sexo feminino. A razão de sexos no município é da ordem de 88,5% (2012), ou seja, para cada 100 mulheres existem 88 homens. O maior percentual de mulheres verificado desde a adolescência até a faixa etária dos idosos pode estar influenciado pela ocorrência de um maior número de mortes por violência e doenças crônicas freqüentemente observadas nos homens, conforme demonstra a Tabela 2.

Tendo na sua formação várias etnias: índios, portugueses, negros e os que migraram de Minas Gerais e Bahia e tem uma população sazonal trazida principalmente pelo turismo de negócio e pelas embarcações ancoradas no Porto de Vitória.

Tabela 2 – População estimada por faixa etária e sexo, município de Vitória/ES, 2012.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Geral
Menor 1 ano	2.172	2.141	4.313
1 a 4 anos	7.922	7.683	15.605
5 a 9 anos	10.331	9.887	20.218
10 a 14 anos	12.140	11.877	24.017
15 a 19 anos	12.654	13.143	25.797
20 a 29 anos	31.312	33.123	64.435
30 a 39 anos	24.673	28.094	52.767
40 a 49 anos	21.198	25.131	46.329
50 a 59 anos	17.794	21.772	39.566
60 a 69 anos	9.475	12.214	21.689
70 a 79 anos	4.750	7.480	12.230
80 anos e mais	2.047	4.149	6.196
Total	156.468	176.694	333.162

Fonte: IBGE

2.1.1 REGIÕES DE SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL

A regionalização do Sistema Único de Saúde constitui estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos.

A regionalização no município de Vitória, contribui para a ampliação da participação comunitária e a inclusão de especificidades locais no planejamento, que se traduz nos modos de entender a saúde das comunidades, isto é: garantir que os serviços de atenção primária respondam à necessidade dos usuários e sejam aceito por eles.

A organização da atenção à saúde em Vitória é realizada em seis Regiões de Saúde (Centro, Continental, Forte de São João, Maruípe, Santo Antônio e São Pedro) e em vinte e nove Territórios de Saúde, conforme desenho apresentado na Figura 4.

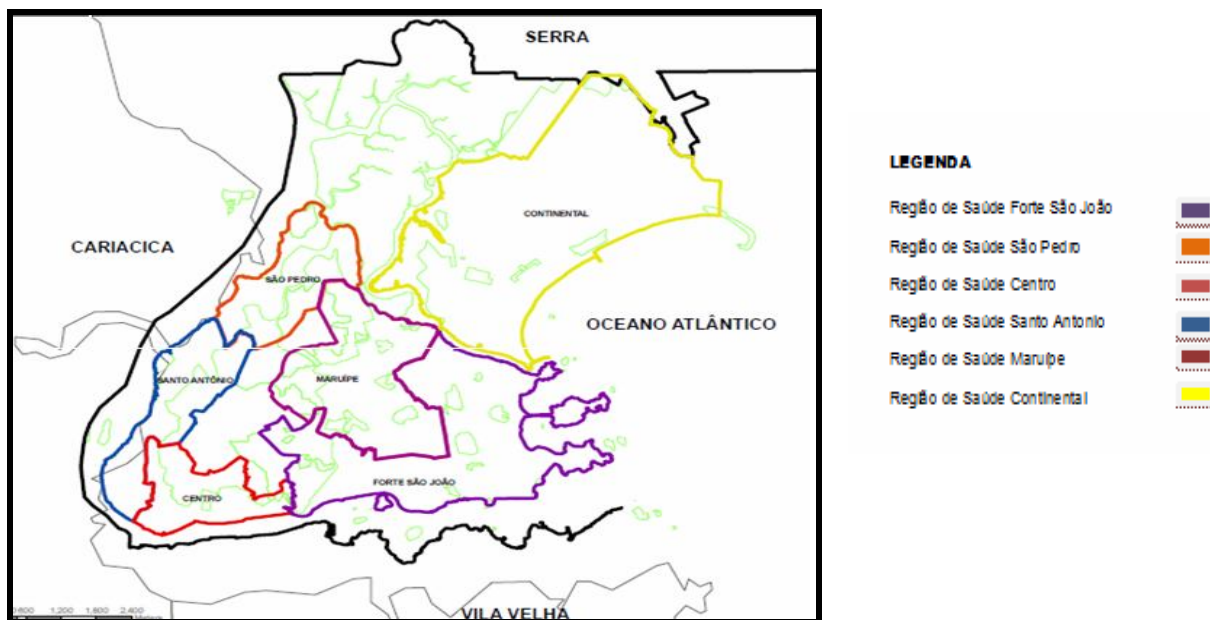


Figura 4 – Regiões de Saúde do município de Vitória/ES

Região I – Continental

É composta por 14 bairros (Antônio Honório, Boa Vista, Goiabeiras, Jabour, Jardim da Penha, Maria Ortiz, Mata da Praia, Morada de Camburi, Pontal de Camburi, República, Segurança do Lar, Solon Borges, Aeroporto e Jardim Camburi), que se distribuem em 05 Territórios de Saúde (Bairro República, Jabour, Maria Ortiz, Jardim da Penha e Jardim Camburi).

Região II – Maruípe

Compreende 18 bairros (Maruípe, Da Penha, Bonfim, Gurigica, Consolação, Horto, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro, Andorinhas, Bairro de Lourdes, Bonfim), que se distribuem em 08 Territórios de Saúde (Maruípe, Consolação, Bairro da Penha, Bonfim, Andorinhas, Santa Marta, São Cristovão e Itararé).

Região III – Centro

É composta por 11 bairros (Centro, Fonte Grande, Piedade, Do Moscoso, Parque Moscoso, Santa Clara, Ilha do Príncipe, Santa Tereza, Morro do Quadro, Do Cabral e Vila Rubim), que se distribuem em 04 Territórios de Saúde (Fonte Grande, Ilha do Príncipe, Santa Tereza/Avelina e Vitória).

Região IV – Santo Antônio

É composta por 09 bairros (Santo Antônio, Bela Vista, Caratoíra, Estrelinha, Ariovaldo Favalessa, Grande Vitória, Inhanguetá, Mário Cypreste, Universitário), que se distribuem em 03 Territórios de Saúde (Grande Vitória, Santo Antonio e Favalessa).

Região V – São Pedro

É composta por 10 bairros (Comdusa, Conquista, Ilha das Caieiras, Nova Palestina, Redenção, Resistência, São José, Santo André, São Pedro e Santos Reis), que se distribuem em 04 Territórios de Saúde (Resistência, Ilha das Caieiras, Santo André e São Pedro V).

Região VI – Forte São João

É composta por 19 bairros (Bento Ferreira, Cruzamento, Forte São João, Fradinhos, Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Jesus de Nazareth, Jucutuquara, Nazareth, Romão, Barro Vermelho, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helena, Santa Lúcia e Santa Luiza), que se distribuem em 05 Territórios de Saúde (Forte São João, Ilha de Santa Maria, Jesus de Nazareth, Praia do Suá e Santa Luiza). O maior percentual de habitantes é encontrado na região Continental (33,75%), vindo em seqüência à região do Forte São João (20,53%) e a região de Maruípe (17,53%), conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Total e percentual da população estimada por região de Saúde, Vitória/ES, 2012.

Região de Saúde	Total	População segundo sexo		
		Percentual (%)	Homens	Mulheres
Centro	25.991	8,01%	11.931	14.060
Continental	109.437	33,75%	50.651	58.786
Forte São João	66.557	20,53%	31.229	35.328
Maruípe	58.230	17,96%	27.798	30.432
Santo Antônio	29.764	9,18%	14.078	15.686
São Pedro	34.286	10,57%	16.495	17.791
TOTAL	324.265	10,00%	152.182	172.083

Fonte: Estimativa populacional estratificada pela PMV/SEGES

NOTA: retirados os bairros em litígio, Carapina I, De Fátima, Hélio Ferraz, Parque Industrial, e Vitória correspondem a 2,6 da população total

2.2 DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

Os indicadores socioeconômicos do município no censo de 2010 evidenciaram que a maioria dos munícipes tem acesso aos serviços de saneamento básico: 96,26% dos domicílios com água tratada, 96,57% com rede de esgoto e rede de água pluvial e 95,72% com coleta do lixo. A taxa de analfabetismo apresentou uma melhoria significativa em Vitória, passando de 4,10% em 2000 para o percentual de 2,5% da população no ano de 2010 (IBGE, 2010).

A capital, Vitória, apresentou de acordo com Censo de 2000, um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,85, correspondendo a um município com alto desenvolvimento humano, alcançou a primeira posição (IDH) da Região de Saúde Metropolitana e ocupa a 18ª posição no IDH em relação aos demais municípios brasileiros (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil). O conceito de desenvolvimento humano considera não somente, o fator econômico para a aferição do avanço na qualidade de vida de determinada população, mas também as características sociais, culturais e políticas que a influenciam.

O percentual da população com renda de até meio salário mínimo, passou de 41% dos habitantes em 1991, para 15% em 2010, mostrando crescimento no padrão econômico do município (IBGE / Censo Demográfico) na última década.

Por outro lado, a cidade ainda mantém a desigualdade na distribuição de renda demonstrado pelo Índice de Gini que quase não foi modificado em um período de dez anos, passando de 0,60 em 2000, para 0,59 em 2010 (VITÓRIA, 2013). O Censo também revelou que havia 288 crianças na extrema pobreza na faixa de 0 a 3 anos e 262 na faixa entre 4 e 5 anos. O grupo de 6 a 14 anos e de 15 a 17 totalizou 1.074 indivíduos e 297 jovens respectivamente e 966 pessoas com mais de 65 anos estavam nesta classificação o que agrava a situação de dependência e desigualdade na população da capital. Diante desta situação receberam benefícios do Bolsa Família 10.678 famílias no ano 2012.

O município apresenta bons índices de alfabetização e escolarização. A taxa de analfabetismo que, em 2000 era de 4,1%, em 2010 passa a ser de 2,46%. Neste mesmo ano, a taxa de alfabetização foi de 97,14 em pessoas com mais de 10 anos de idade.

Em 2010, o município foi responsável por 30,41% do Produto Interno Bruto (PIB) do Espírito Santo, sendo a capital com o maior PIB per capita do País. Vitória respondeu por 26,17% do total de empregos formais no Espírito Santo e 42,52%, na Região Metropolitana. O município também está entre as dez capitais brasileiras com menor taxa de desemprego (6,82%) segundo informação do IBGE (2010) e RIPSAs (2011).

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

3.1 MORTALIDADE GERAL

Os indicadores epidemiológicos de mortalidade nas diferentes regiões brasileiras mostram uma realidade na qual não se consolidou a transição epidemiológica com a presença concomitante das doenças cardiovasculares e as crônico-degenerativas e como também de situações encontradas em países menos desenvolvidos, como as mortes por doenças infecciosas, desnutrição, óbitos infantis e maternos.

No município de Vitória o Coeficiente de Mortalidade Geral no ano de 2012 foi de 5,8 por mil habitantes, mais da metade desses óbitos (71,5%) ocorre por quatro principais grandes grupos de causas da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10): as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as causas externas de mortalidade e as patologias respiratórias.

Em análise da Mortalidade Geral por grupo de causas (CID 10) e sexo foi observado na população masculina, em 2012, maior número de óbitos relacionados com as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas; nas mulheres as mortes estiveram relacionadas às doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. No gráfico a seguir, as doenças do Aparelho Circulatório tem a maior expressão.

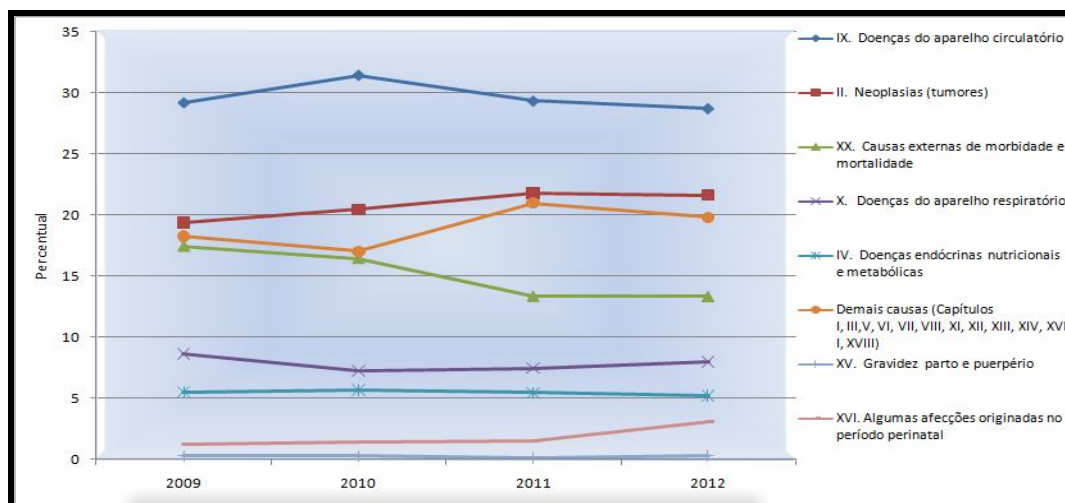


Gráfico 2 – Mortalidade proporcional, por grande grupo de causas, CID 10, Vitória/ES, 2009 – 2012

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 4 – Mortalidade Geral, por grupo de causas e sexo, CID10, Vitória/ES, 2011 e 2012

Grupo de Causas	2011						2012					
	Número absoluto			Percentual			Número absoluto			Percentual		
	H	M	Geral	H	M	Geral	H	M	Geral	H	M	Geral
IX. Doenças do aparelho circulatório	263	301	564	13,70	15,64	29,31	265	286	551	14,00	15,00	28,70
II. Neoplasias (tumores)	233	186	419	12,10	9,67	21,78	228	187	415	12,00	9,70	21,60
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	213	44	257	11,10	2,29	13,36	207	49	256	11,00	2,60	13,30
X. Doenças do aparelho respiratório	77	67	144	4,00	3,48	7,48	87	66	153	4,50	3,40	7,97
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	45	60	105	2,34	3,12	5,46	47	53	100	2,50	2,80	5,21
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	17	13	30	0,88	0,68	1,56	28	31	59	1,50	1,60	3,07
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	2	2	0,00	0,10	0,10	0	6	6	0,00	0,30	0,31
Demais causas (Capítulos I, III, V, VI, VII, VIII, XI, XII, XIII, XIV, XVII, XVIII)	194	209	403	10,10	10,86	20,95	207	173	380	11,00	9,00	19,80
Total	1042	882	1924	54,20	45,80	100,00	1069	851	1920	56,00	44,00	100,00

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

3.1.1 MORTALIDADE GERAL POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

1ª Causa de óbitos no município de Vitória no período de 2009 a 2012

Dentre as doenças do aparelho circulatório as responsáveis pelo maior número de registro de óbitos no período de 2009 a 2012 no SIM, em ambos os sexos, foram o Infarto agudo do Miocárdio (I21) e o Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64). Quando comparada entre os sexos, a mortalidade por doenças cerebrovasculares e suas seqüelas (I 64, I 69 e I 67) nota – se certo predomínio em mulheres, principalmente, na faixa etária acima de 70


anos e mais. Os óbitos no sexo masculino por infarto agudo do miocárdio se concentraram na faixa etária entre 50 a 79 anos,

Vale ressaltar que as doenças cerebrovasculares e suas seqüelas (I 64, I 69 e I 67) e as patologias cardiovasculares assinaladas nas tabelas acima (verificar realce e legenda) são consideradas, de acordo com a Portaria SAS/MS n.º 221, de 17 de abril de 2008, condições sensíveis à atenção primária, requerendo portanto, maior atenção sob o ponto de vista assistencial.

Tabela 5 – Mortalidade por doenças do aparelho circulatório, por causa e sexo, Vitória/ES, 2009 e 2010

Categorias do CID 10	2009						2010					
	Número absoluto			Percentual			Número absoluto			Percentual		
	M	F	Total Geral	M	F	Total Geral	M	F	Total Geral	M	F	Total Geral
I21 Infarto agudo do miocárdio	72	66	138	12,90	11,85	24,78	81	71	152	13,00	12,00	24,90
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico isquêmico	20	21	41	3,59	3,77	7,36	31	42	73	5,10	6,90	12,00
I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares	20	37	57	3,59	6,64	10,23	21	28	49	3,40	4,60	8,02
I25 Doença isquêmica crônica do coração	27	21	48	4,85	3,77	8,62	26	17	43	4,30	2,80	7,04
I67 Outras doenças cerebrovasculares	28	27	55	5,03	4,85	9,87	27	14	41	4,40	2,30	6,71
I11 Doença cardíaca hipertensiva	7	17	24	1,26	3,05	4,31	14	17	31	2,30	2,80	5,07
I61 Hemorragia intracerebral	15	15	30	2,69	2,69	5,39	17	14	31	2,80	2,30	5,07
I50 Insuficiência cardíaca	10	9	19	1,80	1,62	3,41	16	18	34	2,60	3,00	5,56
I10 Hipertensão essencial	9	10	19	1,62	1,81	3,41	7	9	16	1,20	1,50	2,62
Grupo I do CID 10 – Demais doenças do sistema circulatório	54	72	126	9,69	12,93	22,62	60	81	141	9,80	13,00	23,10
TOTAL	262	295	557	47,04	52,96	100,00	300	311	611	49,10	50,90	100,00

Fonte: Mortalidade – SIM; 2012: SIM/Municipal. Situação da base de dados nacional em 12/07/2013.

Legenda:  Doenças e agravos sensíveis à Atenção Primária, segundo Portaria SAS/MSnº221, de 17 de abril de 2008.

3.1.2 MORTALIDADE GERAL POR NEOPLASIAS –

2ª Causa de óbitos no município de Vitória, no período de 2009 a 2012

Tabela 6 – Total e percentual de óbitos por tipo de neoplasias, Vitória/ES, 2009 e 2012.

Causas	Número absoluto				Percentual			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Neoplasias do Aparelho Respiratório	57	68	72	78	15,41%	17,09%	17,18%	18,80%
Neoplasias da Mama e do Aparelho Geniturinário Feminino	61	63	53	61	16,49%	15,83%	12,65%	14,70%
Neoplasias do Aparelho Digestivo	121	144	138	125	32,70%	36,18%	32,94%	30,12%
Neoplasias do Aparelho Geniturinário Masculino	22	26	31	29	5,95%	6,53%	7,40%	6,99%
Neoplasias do Aparelho Geniturinário	13	8	12	18	3,51%	2,01%	2,86%	4,34%
Neoplasias da Cavidade Bucal e Orofaringe	13	13	21	17	3,51%	3,27%	5,01%	4,10%
Neoplasia maligna de encéfalo	12	12	10	19	3,24%	3,02%	2,39%	4,58%
Total das Demais Neoplasias CID 10	71	64	82	68	19,19%	16,08%	19,57%	16,39%
TOTAL	370	398	419	415	100,00%			

Fonte: 2009 a 2011 – SIM/ DATASUS; 2012 – SIM municipal, situação da base nacional em 12/07/2013.

As neoplasias malignas foram a segunda maior causa de óbitos no município, no período de 2009 a 2012, destacando-se, proporcionalmente, o grupo das Neoplasias do Aparelho Digestivo, Respiratório, Mama e Geniturinário Feminino e Geniturinário Masculino..

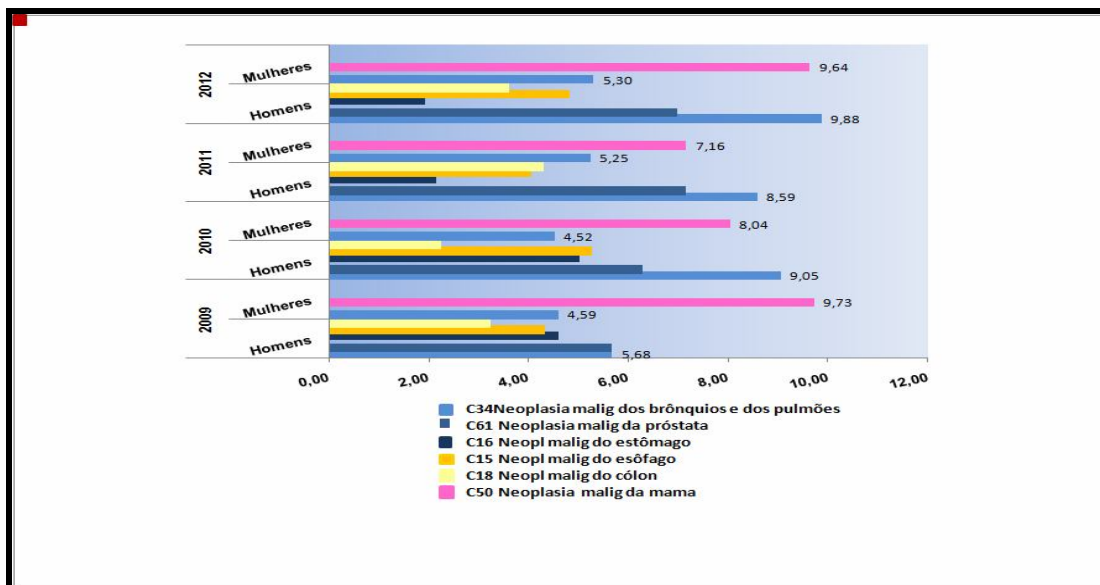


Gráfico 3 – Prevalência de neoplasias por tipo e sexos, Vitória/ES, 2009 a 2012

Fonte: 2009 a 2011 – SIM/ DATASUS; 2012 – SIM municipal, situação da base nacional em 12/07/2013.

No período sob análise, verificou-se que as neoplasia maligna dos brônquios e pulmões (C34) seguida pela neoplasia maligna de próstata (C 61) ocuparam, respectivamente, o 3º lugar em prevalência: a neoplasia maligna do estômago (C16) em 2009, a neoplasia maligna do esôfago (C15) em 2010 e 2012, e a neoplasia maligna do cólon (C18) 2011, conforme observado no gráfico abaixo.

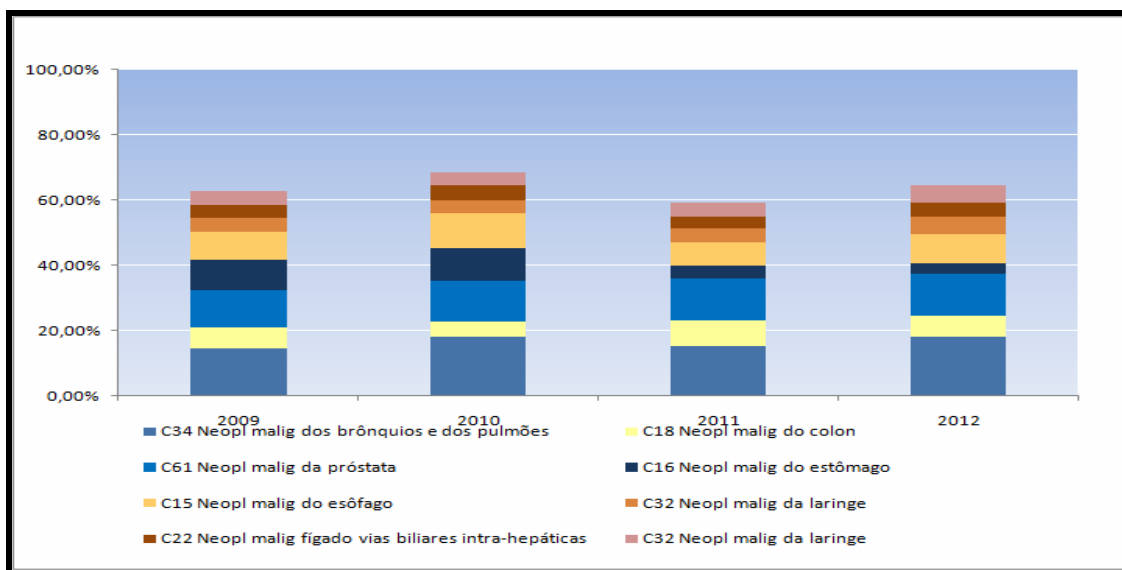


Gráfico 4 – Mortalidade proporcional por principais causas de Neoplasias malignas no sexo masculino, Vitória/ES, 2009 a 2012

Fonte: 2009 a 2011 – SIM DATASUS; 2012 – SIM municipal, situação da base nacional em 12/07/2013.

Quanto ao sexo feminino houve predominância das neoplasia maligna de mama (C50), neoplasia maligna dos brônquios e pulmões (C34), ambas com tendência ao aumento do n.º de casos no período analisado.

O terceiro lugar em ocorrência foram as neoplasia maligna do cólon (C -18) para os anos 2009 e 2011, neoplasia maligna do colo do útero (C- 53) para o ano de 2010 e neoplasias de esôfago (C15) e encéfalo (C71) para o ano de 2012, respectivamente.

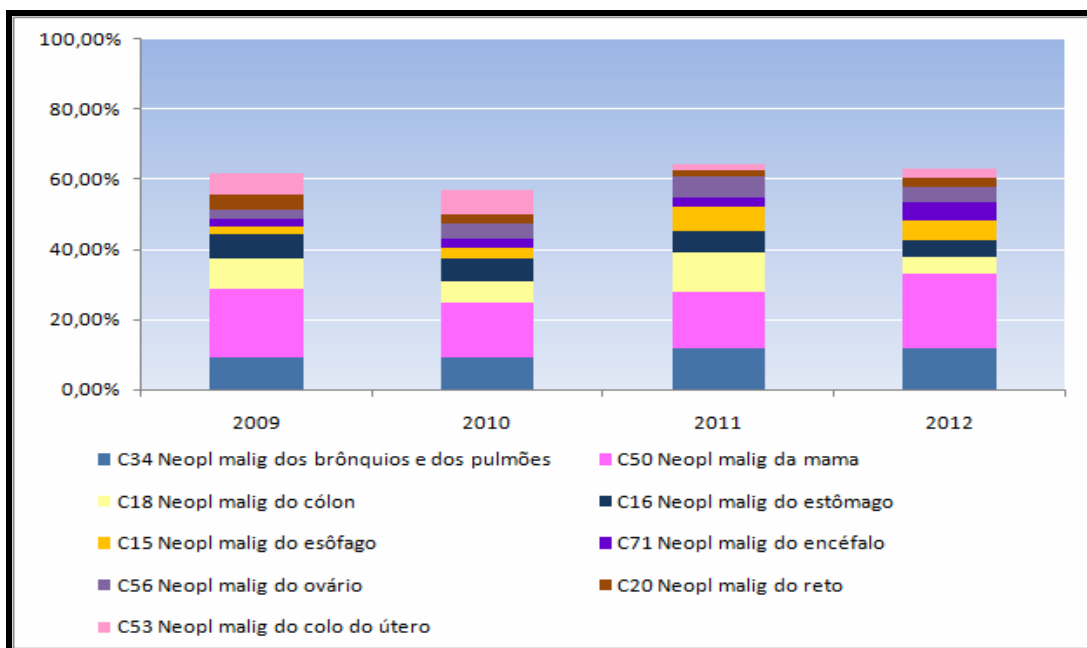


Gráfico 5 – Mortalidade proporcional por principais causas de Neoplasias malignas no sexo feminino, Vitória/ES, 2009 a 2012

Fonte: 2009 a 2011 – SIM DATASUS; 2012 – SIM municipal, situação da base nacional em 12/07/2013.

Comparando-se a prevalência entre os sexos masculinos e femininos nos anos analisados destacam-se como causas de mortalidade específica no sexo masculino, a neoplasia maligna dos brônquios e pulmões (C34) a partir da faixa etária de 50 anos ou mais e a neoplasia de esôfago (C15) após 40 anos. No sexo feminino, se considerarmos somente a faixa etária, foi verificado o aparecimento de casos de óbitos por neoplasia mamária a partir dos 30 anos de idade, com aumento acentuado entre os 50 e 69 anos, como também a precocidade de casos de tumores de colo de útero na faixa etária de 20 a 29 anos nos anos de 2009 (2 casos) e 2010 (1 caso).

3.1.3 MORTALIDADE GERAL POR CAUSAS EXTERNAS

3ª Causa de óbitos no município de Vitória, anos 2009 a 2012

As causas externas ocupam a 3ª causa de óbitos de municípios no período de 2009 a 2012. Destacaram – se, as agressões (homicídios – X85 – Y09) em 50% desses óbitos no sexo masculino, com predomínio na idade entre 15 e 29 anos.

Tabela 7 – Total e percentual de óbitos por causa específica do óbito, Grupo das Causas Externas, Vitória/ES, 2009 e 2012.

Causas do óbito	Número absoluto				Percentual			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
X85-Y09 Agressões (homicídios)	170	160	140	127	51,05%	50,00%	54,47%	49,61%
W01-W19- Quedas	48	58	31	41	14,41%	18,13%	12,06%	16,02%
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais (com W01 a W19)	66	74	41	64	19,82%	23,13%	15,95%	25,00%
V43,V44,V47,V48,V49 Óbito de Ocupante de automóvel	26	19	15	14	7,81%	5,94%	5,84%	5,47%
V02,V03,V09 Óbito de Pedestre (atropelamentos)	20	20	15	14	6,01%	6,25%	5,84%	5,47%
V23,V27,V28,V29 Óbito de Motociclista	18	9	15	7	5,41%	2,81%	5,84%	2,73%
V01-V99 Acidentes de transporte (com V02,V03,V09, V23,V27,V28,V29 V43,V44,V47,V48,V49)	76	57	53	39	22,82%	17,81%	20,62%	15,23%
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	20	17	10	16	6,01%	5,31%	3,89%	6,25%
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	0	4	7	4	0,00%	1,25%	2,72%	1,56%
Y40-Y84 Complicações assistência médica e cirúrgica	0	1	2	0	0,00%	0,31%	0,78%	0,00%
Y85-Y89 Seqüelas de causas externas	1	7	4	6	0,30%	2,19%	1,56%	2,34%
TOTAL	333	320	257	256	100,00%			

Fonte: 2009 a 2011 – SIM /DATASUS; 2012 – SIM municipal, situação da base nacional em 12/07/2013.

Na totalidade desse grupo de causas de óbitos há predominância no sexo masculino, em torno de 4:1, quando comparado ao sexo feminino.

No sexo feminino estas causas estão principalmente no grupo de Outras causas externas de lesões acidentais (W00-X59), no qual se ressalta as quedas (W01 a W19) acometendo a faixa etária a partir de 60 anos e mais.

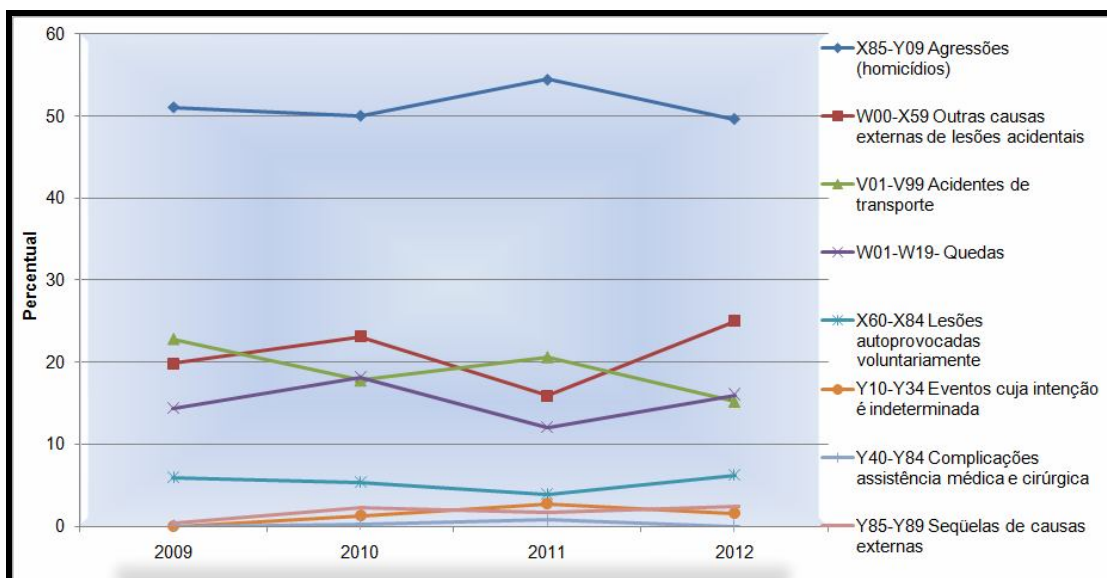


Gráfico 6 – Mortalidade Proporcional por tipo de Causas Externas, Vitória/ES, 2009 a 2012

Fonte: 2009 a 2011 – SIM DATASUS; 2012 – SIM municipal, situação da base nacional em 12/07/2013.

Chama atenção, nos anos estudados, o percentual de óbitos por atropelamento que se iguala aos acidentes de transporte, um pequeno declínio dos óbitos por acidentes de transporte (V01-V99) e dos relativos às agressões (homicídios - X85 – Y09) e uma certa ascendência de quedas (W01 a W19).

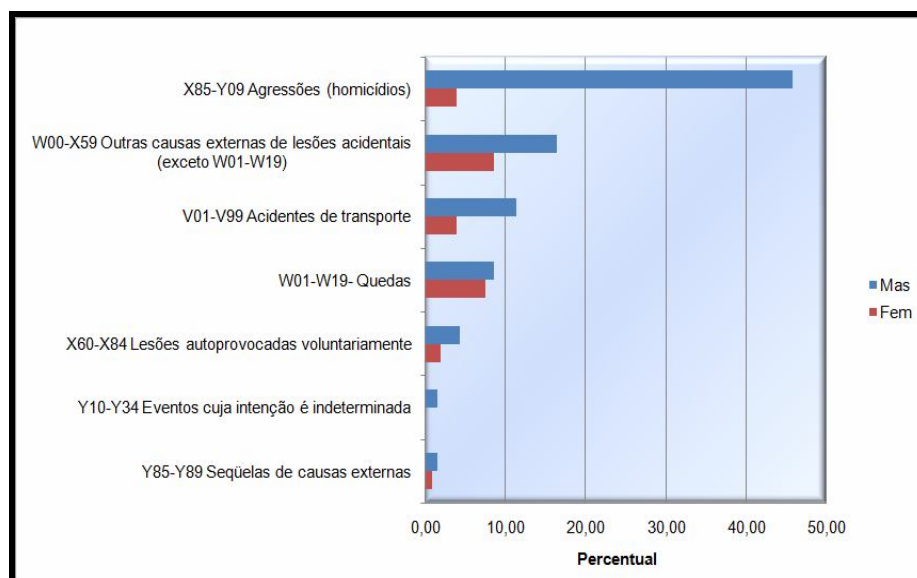


Gráfico 7 – Mortalidade proporcional, por tipo de Causas Externas e sexo, Vitória/ES, 2012.

Fonte: SIM municipal, ano 2012; situação da base nacional– em 12/07/2013.

3.1.4 MORTALIDADE GERAL POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

4ª Causa de óbitos no município de Vitória, anos 2009 a 2012

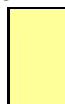
Dentre as doenças do aparelho respiratório, que contribuíram para o maior número de óbitos, no período de 2009 a 2012, em ambos os sexos, principalmente na faixa etária acima dos 60 anos, foram: Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (J44) e as Pneumonias por microorganismo não especificado (J18). Ao somar-se as últimas, às Pneumonias bacterianas NCOP (J15), a categoria das Pneumonias torna-se a responsável pelo maior número de óbitos no grupo de causa. Vale ressaltar que no período analisado não ocorreu óbito infantil masculino por doenças respiratórias, porém aconteceram 7 óbitos femininos abaixo de 4 anos

Tabela 8 – Total e percentual de óbitos por tipo de Doença Respiratória, Vitória/ES, 2009 e 2012.

Causas	Número absoluto				Percentual			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
J18 Pneumonia p/microorganismo NE	64	46	47	45	38,79%	32,62%	32,64%	29,41%
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	51	54	48	71	30,91%	38,30%	33,33%	46,41%
J15 Pneumonia bacteriana NCOP	8	14	12	9	4,85%	9,93%	8,33%	5,88%
J45 Asma	7	9	6	5	4,24%	6,38%	4,17%	3,27%
J43 Enfisema	4	5	9	4	2,42%	3,55%	6,25%	2,61%
J00 a J98 –Demais doenças do Aparelho Respiratório	31	13	22	19	18,79%	9,22%	15,28%	12,42%
TOTAL	165	141	144	153	100,00%			

Fonte: 2009 a 2011 – SIM /DATASUS; 2012 – SIM municipal, situação da base nacional em 12/07/2013.

Legenda:



Doenças e agravos sensíveis à Atenção Primária, segundo Portaria SAS/MSn°221, de 17 de abril de 2008.

3.1.5 MORTALIDADE GERAL POR DOENÇAS ENDÓCRINAS

5ª Causa de óbitos no município de Vitória, anos 2009 a 2012

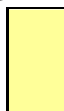
Em relação a mortalidade por Doenças Endócrinas é importante ressaltar os óbitos ocorridos por Diabetes *mellitus* nos idosos, principalmente no sexo feminino nos anos de 2009 a 2012.

Tabela 9 – Mortalidade proporcional por tipo de Doenças Endócrinas, Vitória/ES, 2009 a 2012.

Causas	Número absoluto				Percentual			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
E14 Diabetes mellitus NE	75	80	80	73	70,75%	72,07%	76,19%	73,00%
E11 Diabetes mellitus não-insulino-dependente	2	9	6	9	1,89%	8,11%	5,71%	9,00%
E66 Obesidade	9	4	6	2	8,49%	3,60%	5,71%	2,00%
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	2	2	2	7	1,89%	1,80%	1,90%	7,00%
Grupo E do CID 10 - Demais doenças endócrinas	18	16	11	9	16,98%	14,41%	10,48%	9,00%
TOTAL	106	111	105	100	100,00%			

Fonte: 2009 a 2011 – SIM DATASUS; 2012 – SIM municipal, situação da base nacional em 12/07/2013.

Legenda:



Doenças e agravos sensíveis à Atenção Primária, segundo Portaria SAS/MSnº221, de 17 de abril de 2008.

As principais causas de mortalidade ocorridas no município são semelhantes àquelas que acontecem no país, contudo o quadro de mortalidade apresentado pode ser modificado por meio de intervenções na atenção primária sobre as morbidades que são passíveis de diagnóstico precoce, acompanhamento e controle.

3.2 MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

As causas de morte materna estão relacionadas, principalmente com complicações obstétricas na gestação, parto e puerpério (óbito materno obstétrico direto), muito dependente da qualidade da assistência à saúde, ao planejamento familiar, ao pré-natal e o momento do parto. Ou, ocorrem por causas obstétricas indiretas, aquelas relacionadas com doenças maternas existentes antes da gravidez ou que surgiram durante a mesma ou agravaram pelos efeitos fisiológicos da gestação.

O município de Vitória vem apresentando variações na Razão de Mortalidade Materna (RMM) que oscilam entre os níveis estimados como médio e alto. A RMM em 2009 foi de 112,28/1000NV, tendo um decréscimo em 2010 com RMM de 65,57/1000NV, em 2011 apresentou RMM mais baixa dos últimos anos 21,78/1000NV e em 2012 volta a crescer com valor de 111,06 mortes maternas por mil nascidos vivos. Entre as causas de óbitos maternos classificados como obstétricos diretos, nos últimos quatro anos no município, foram causados pela Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DEHG) e a infecção puerperal relacionados respectivamente com a assistência ao pré-natal e parto.

Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde mostram que a quase totalidade dos óbitos maternos em Vitória ocorreu em hospitais e em mulheres na faixa etária dos 20 a 49 anos (gestantes não adolescentes); tanto por causas diretas de morte materna, quanto por doenças pré-existentes agravadas no período gestacional.

Os indicadores relacionados com a saúde materna permitem avaliar se o direito à saúde e os direitos reprodutivos estão sendo garantidos às mulheres.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) permite estimar o risco de uma mulher morrer no ciclo gravídico puerperal. São consideradas elevadas taxas superiores a 50 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (NV). Várias publicações mostram que nos países com altas taxas de mortalidade materna, a maioria destas mortes ocorre por causas evitáveis.

A mortalidade infantil revela o nível de desenvolvimento social e a garantia dos direitos humanos assegurados no país, pois crianças são seres frágeis e dependentes, constituindo um grupo de maior vulnerabilidade social. Em geral, altas taxas de mortalidade infantil estão relacionadas com a ausência de saneamento básico e de nutrição adequada, com baixa escolaridade materna e com dificuldades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Estima o risco de uma criança morrer antes de completar o primeiro ano de vida. É definida pelo número de mortes em menores de um ano para cada mil nascimentos vivos (NV). Possui dois principais componentes: a Mortalidade Neonatal (0 - 27 dias) que pode ser decomposta em Neonatal Precoce (0 - 6 dias) e Neonatal Tardia (7- 27 dias), e a Pós Neonatal (28 a 364 dias).

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) no município de Vitória apresentou um decréscimo de 37,58% no período entre o ano de 2003 com CMI 14,78 por mil NV e o ano de 2012 com CMI 9,55 por mil NV, alcançando níveis considerados baixos.

No mundo, países menos desenvolvidos apresentam taxas superiores a 100 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos, enquanto nos países com excelentes condições de vida ocorrem dois óbitos a cada mil nascimentos vivos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera elevada uma taxa superior a cinquenta óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivo, e baixa, menos de vinte óbitos em menores de um ano por mil nascimentos vivos.

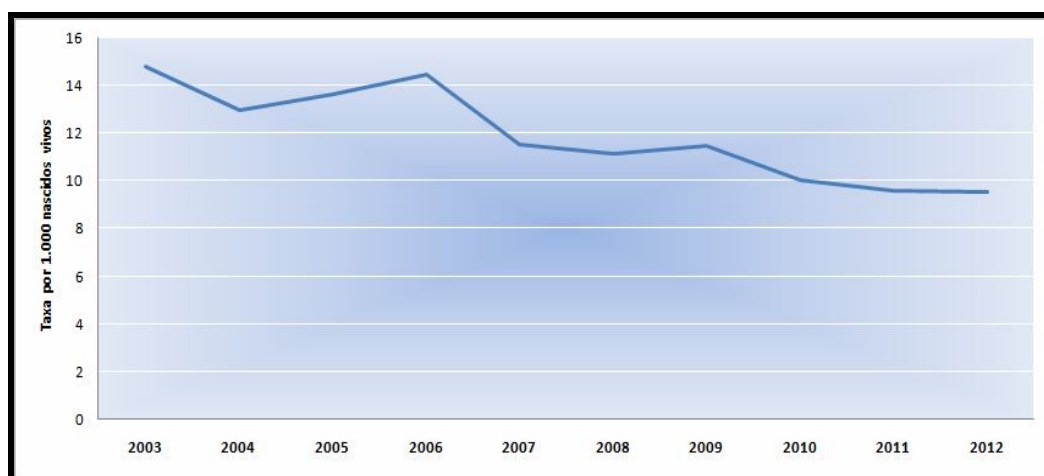


Gráfico 8 – Coeficiente de Mortalidade Infantil, Vitória/ES, 2003 a 2012

Fonte: MS/DATASUS; PMV/SEMUS/SINASC (ano de 2012).

Mesmo considerando esta importante redução no CMI no município, as análises realizadas pelo Comitê de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materna e Infantil de Vitória (COPEMI) mostram que grande parte desses óbitos poderia ser evitada na atenção básica, principalmente por ações direcionadas à assistência ao pré – natal e que 70% destes óbitos ocorreram no período neonatal e vem mantendo o mesmo padrão ao longo dos anos, principalmente relacionado ao componente neonatal precoce, seguido do pós – neonatal e neonatal tardio.

Tabela 10 – Proporção de óbitos neonatais e pós-neonatais, Vitória/ES, 2009 a 2012.

Proporção dos óbitos neonatais e pós-neonatais	2009	2010	2011	2012
Percentual de óbitos neonatais	60,8%	71,7%	70,4%	69,8%
Percentual de óbitos pós-neonatais	39,2%	28,3%	29,5%	30,2%

Fonte: MS/ DATASUS; SIM e SINASC municipal para o ano de 2012.

A distribuição dos óbitos infantis por Grande Grupo de Causas, para o ano de 2012, evidenciou uma concentração destas mortes no grupo das afecções perinatais (67%) e no das anomalias congênitas (16%). Percebe-se também nos últimos anos, um aumento no número de casos de óbitos por causas externas, quando comparado aos demais grupos, como o das doenças nutricionais, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias, que estão relacionados com as ações de promoção à saúde vinculadas as ações de assistência a saúde.

A Mortalidade neonatal se relaciona principalmente com as condições da assistência ao pré-natal, o momento do parto e a atenção ao recém – nascido, e a mortalidade pós-neonatal recebe importante influência das condições de vida e do ambiente, como também de uma adequada ação dos serviços de assistência à saúde, no primeiro ano de vida.

O COPEMI ao analisar os 43 óbitos de menores de um ano de idade para o ano de 2012 destacou que dezenove óbitos (44%) foram nos primeiros seis dias de vida, período neonatal precoce, sendo que mais da metade destas mortes (57,89%) ocorreu nas primeiras 24 horas de vida. Quanto ao restante dos óbitos, onze (26%) aconteceram no período neonatal tardio, e treze (30%) no pós-neonatal.

Com base na Lista de Classificação de Evitabilidade do Óbito proposta pelo Ministério da Saúde, causas evitáveis por intervenções no âmbito do SUS, classificou-se como óbitos que poderiam ser evitados por ações de adequada atenção à mulher na gestação e na assistência ao parto.

Embora grande parte das mortes neonatais precoces tenha ocorrido em recém-nascidos pesando menos de 1.000g, esses óbitos guardavam relação com o trabalho de parto prematuro, a rotura precoce de membranas e a infecção urinária

materna, causas bastantes influenciadas pela assistência à mulher na gestação. Também seriam passíveis de redução por ações adequadas na gestação e no parto, os óbitos neonatais tardios relacionados ao transtorno hipertensivo materno, sífilis congênita e descolamento prematuro de placenta.

Em análise dos óbitos pós–neonatais foram identificadas as causas: broncopneumonia, desnutrição, asfixia por inalação de conteúdo gástrico e sufocação acidental na cama, que são causas evitáveis por ações oportunas e adequadas de diagnóstico e tratamento, e ações de promoção à saúde vinculadas às ações da atenção básica.

Tabela 11 – Mortalidade Infantil, por grupo de causas da CID10, Vitória/ES, 2009 a 2012.

Grupo de Causas	Número absoluto				Percentual			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	1	2	0	0,00%	2,17%	4,55%	0,00%
II. Neoplasias (tumores)	2	0	0	0	3,92%	0,00%	0,00%	0,00%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	0	0	0	1,96%	0,00%	0,00%	0,00%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1	2	1	1,96%	2,17%	4,55%	2,33%
VI. Doenças do sistema nervoso	1	0	0	0	1,96%	0,00%	0,00%	0,00%
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	1	0	0	1,96%	2,17%	0,00%	0,00%
X. Doenças do aparelho respiratório	0	2	0	2	0,00%	4,35%	0,00%	4,65%
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	0	0	0	1,96%	0,00%	0,00%	0,00%
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0	1	0	0	0,00%	2,17%	0,00%	0,00%
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	23	28	30	29	45,10%	60,87%	68,18%	67,44%
XVII. Malformações congênitas deformidade e anomalias cromossômicas	20	10	6	7	39,22%	21,74%	13,64%	16,28%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	2	4	4	1,96%	4,35%	9,10%	9,30%
Total	51	46	44	43	100,00%			

Fonte: Fonte: 2009 a 2011 – DATASUS, 2012: SIM/Municipal em 2/07/2013

O município de Vitória disponibiliza a assistência ao pré-natal em todas as suas unidades de saúde e atualmente 74% das gestantes realizam 7 ou + consultas durante o período gestacional.

O percentual de mães adolescentes, entre 10 e 19 anos, vem se mantendo estável no município, em torno de 14%, como também está adequado o percentual de recém – nascidos com baixo peso ao nascer (peso menor que <2500g), atualmente em 8,8% do total de nascimentos.

A proporção de nascidos vivos de partos cesáreos de mães residentes em Vitória é de 69,75% para o ano de 2012, apresentando tendência crescente nos últimos dois anos (período de 2010 a 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) preconiza um parâmetro de 15% e o Ministério da Saúde (Brasil, 2000) estabeleceu como limite máximo o percentual de 25% para a realização de partos cesarianos, percentual este não alcançado pelo Estado do Espírito Santo e nem pelos municípios.

Os partos realizados na maternidade de referência do município de risco habitual, Associação Beneficente Pró-Matre, alcançaram uma média de 47,23 % de partos cesáreos no período de 2010 a 2012, com pequena variação ao longo dos anos, de acordo com os dados obtidos no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Em 2012 a proporção de partos cesáreos executados na instituição para as muncípales de Vitória foi de 49%. A meta de realização de partos normais deverá ser revista e acompanhada junto a instituição para cumprimento dos parâmetros estabelecidos pela OMS/MS.

É crescente o número de recém - nascidos prematuros, cerca de 10% dos nascimentos, o que demanda um adequado monitoramento da qualidade da assistência pré – natal e a disponibilização de recursos de média e alta complexidade. Nos quadros abaixo podemos observar este comportamento das principais condições de nascimento no município, nos últimos quatro anos.

Quadro 1 – Óbito infantil Neonatal precoce (0 a 6 dias) segundo condições de nascimento, morte e evitabilidade, Vitória/ES, 2012.

Idade	Peso ao nascer (gramas)	Correção da Causa da Declaração de Óbito	Evitabilidade por intervenção do SUS Redutíveis por
05 minutos	615	parto prematuro	Atenção à mulher no parto
10 minutos	555	incompetência do colo uterino	Atenção à mulher na gestação
10 minutos	454	ITU materna	
10 minutos	3.200	circular de cordão	Adequada atenção à mulher no parto
15 minutos	454	ITU materna	Atenção à mulher na gestação
33 minutos	620	Anencefalia	Não claramente evitável
50 minutos	3.135	descolamento prematuro de placenta	Atenção à mulher no parto
75 minutos	555	doenças maternas renais e das vias urinárias	Atenção à mulher na gestação
02 horas	2.750	ruptura prematura das membranas	
06 horas	910	Pentalogia de Cantrell	Não claramente evitável
22 horas	730	parto prematuro	Atenção à mulher no parto
01 dia	710	ruptura prematura das membranas	
01 dia	1830	gravidez múltipla (dupla)	
02 dias	525	incompetência do colo uterino	Atenção à mulher na gestação
02 dias	605	incompetência do colo uterino	
02 dias	1546	ruptura prematura das membranas	
02 dias	3.000	atresia de valva pulmonar + CIV	Não claramente evitáveis
03 dias	1.160	Síndrome de Edwards	
05 dias	3.080	parto prematuro	Atenção à mulher no parto
19 óbitos			15 óbitos evitáveis por adequada Atenção à mulher na gestação ou no parto; 4 óbitos não claramente evitáveis.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/COPEMI

Quadro 2 – Óbito infantil Neonatal tardio (7 a 27dias) segundo condições de nascimento, morte e evitabilidade, Vitória/ES, 2012.

Idade	Peso ao nascer (gramas)	Correção da Causa da Declaração de Óbito	Evitabilidade por intervenção do SUS Redutíveis por
07 dias	456	transtornos maternos hipertensivos	
10 dias	680	transtornos maternos hipertensivos	atenção à mulher na gestação
11 dias	1.470	sífilis congênita	
13 dias	975	parto pré-termo	atenção à mulher no parto
15 dias	680	insuficiência renal crônica materna	atenção à mulher na gestação
15 dias	3.030	hérnia diafragmática congênita	não claramente evitável
17 dias	845	transtornos maternos hipertensivos	
18 dias	600	transtornos maternos hipertensivos	atenção à mulher na gestação
21 dias	1400	placenta prévia	atenção à mulher no parto
23 dias	2.140	broncopneumonia bilateral	diagnóstico e tratamento adequados
25 dias	965	descolamento prematuro de placenta	atenção à mulher no parto
11 óbitos			<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9 óbitos evitáveis por adequada Atenção à mulher na gestação ou no parto; ▪ 1 óbito evitável redutível por diagnóstico e tratamento adequados; ▪ 1 óbito não claramente evitável.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/COPEMI

4. MORBIDADE HOSPITALAR

Várias investigações e estudos relativos a indicadores da atividade hospitalar são observados mundialmente. As taxas e causas de hospitalização são importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida e da resolubilidade ambulatorial (CAETANO, 2002). Portanto, os resultados obtidos por meio da mensuração dos indicadores relacionados à morbidade hospitalar e o conhecimento do perfil de adoecimento da população de Vitória contribuem para o planejamento de ações que possibilitem a implementação das políticas de atenção à saúde no município, segundo os ciclos de vida, a prevenção do agravamento das doenças e agravos, a

ampliação do acesso, a qualificação da atenção prestada ambulatorialmente e a diminuição das hospitalizações consideradas como sensíveis a atenção primária.

Segundo estudos internacionais e nacionais dentre esses indicadores, as internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) é um importante indicador para avaliar o acesso, a qualidade e efetividade dos serviços prestados na atenção primária

Considera-se que as CSAP representam um conjunto de problemas de saúde, para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco das internações hospitalares, atuando na prevenção de doenças e agravos, no diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, no controle e acompanhamento de patologias crônicas. No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, por meio da Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, estabelecendo-a como instrumento de avaliação da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no País (REHEM, 2011).

Dessa forma, altas taxas de internações por CSAP em um grupo ou sub-grupo populacional podem estar associadas a sérios problemas de acesso, cobertura e desempenho do sistema de saúde.

As causas de internação da Lista Brasileira por CSAP, foram categorizadas nos seguintes grupos de doenças: *preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus, epilepsias, infecção no rim e trato urinário, infecção da pele e tecido subcutâneo, doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos, úlcera gastrointestinal e doenças relacionadas ao pré-natal e parto.*

4.1 MORBIDADE HOSPITALAR EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

O estudo do perfil das morbidades que acometem as crianças menores de cinco anos é um parâmetro básico para o estabelecimento das necessidades de saúde desse grupo da população.

Nesse sentido, a Atenção à Saúde da Criança no município de Vitória desenvolve as atividades de monitoramento e acompanhamento de crianças menores de cinco anos em alta hospitalar, por meio de visita domiciliar e consulta médica, desde 2003. Essa atividade foi implantada inicialmente em parceria com hospitais públicos, filantrópicos e conveniados ao SUS, e atualmente abrange hospitais particulares, no caso de crianças internadas em UTINS, com o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil e das reinternações hospitalares no município.

No período de 2008 a 2012 ocorreram 5.358 internações nos hospitais públicos, filantrópicos e UTINS particulares do município de Vitória, com redução de 6,4% no número de internações. Considerando que o total de internações ocorridas no período estabelecido, 59% (3.162) foram de crianças menores de 1 ano e 41% (2.196) na faixa etária de 1 a 4 anos, com predominância do sexo masculino, 56,4%.

A maioria das internações aconteceu nos hospitais: Hospital Pediátrico de Vitória (HPV - fechado em 2010), HINSG e HUCAM, somando 59,5% no período. Do total de internações de crianças menores de 5 anos, 52,9% foram internações por condições sensíveis a atenção primária. (Tabela 38).

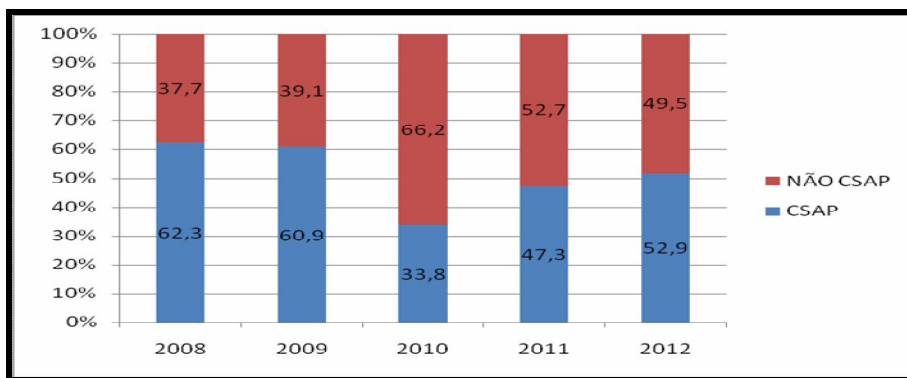


Gráfico 9 – Distribuição (%) de internações em menores de 5 anos por CSAP e não CSAP, por ano de estudo, Vitória/ES, 2008 a 2012

Fonte: SOUZA, RENILSA A. S., 2013 - Morbidade Hospitalar

Dentre as causas as mais frequentes foram: as pneumonias bacterianas (35,3%), seguidas pelas gastroenterites (20,8%), asma (11,3%), doenças pulmonares (11,1%) e infecção da pele e tecido subcutâneo (9,4%). Os demais diagnósticos totalizaram 8,9% das internações e a faixa etária que mais contribuiu para estas internações foram crianças período pós-neonatal (43,7%) e crianças de 1a 2 anos (37,9%).

Foi observado que os maiores percentuais de internações por CSAP em crianças menores de cinco anos ocorreram nas Regiões de Maruípe e São Pedro, nos territórios de Consolação (32,49%) e Maruípe (21,30%) , São Pedro V(33,68%) e Santo André (27,50%), Forte São João (37,34%), Grande Vitória (43,56%) e Santo Antônio (37,89) o que aponta a necessidade de melhoria na oportunidade de acesso e na qualidade da condução dos casos.

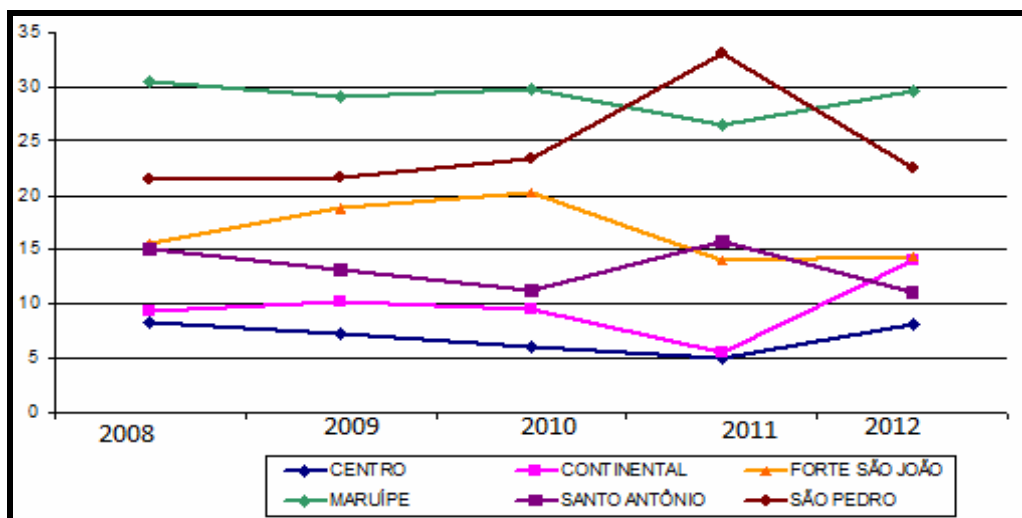


Gráfico 10 – Distribuição (%) de internações em menores de 5 anos por CSAP, por Região de Saúde, Vitória/ES, 2008 a 2012

Fonte: SOUZA, RENILSA A. S., 2013 - Morbidade Hospitalar em crianças por condições sensíveis à atenção primária no município de Vitória nos anos de 2008 a 2012. 2013.

4.2 ATENDIMENTO HOSPITALAR DE URGÊNCIA

Em 2010 o grupo das Doenças infecciosas e parasitárias (609 casos) foi a maior causa de atendimento de urgência, com 545 casos distribuídos em todas as idades, destacando-se 25 casos de Tuberculose respiratória entre os 10 e 59 anos.

No ano 2011 as causas de maior internação estiveram relacionadas ao Aparelho Respiratório (237 casos). Neste grupo de causa a morbidade que mais se destacou

foi Pneumonia com 184 casos; acometeu todas as faixas etárias e aumentou com o progredir da idade. Em seguida, apareceram a Asma com 21 casos na faixa etária de 5 a 9 anos e a Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas com 24 casos na faixa etária acima de 20 anos.

No ano de 2012 foram frequentes os atendimentos de urgência hospitalar relacionadas ao Aparelho Circulatório (178 casos), destacando-se 128 casos de Acidente Vascular Cerebral não especificado hemorrágico ou isquêmico (55 casos entre 20 e 59 anos e 73 acima de 60 anos) e 40 casos de Insuficiência cardíaca (4 casos entre 10 e 19 anos, 16 casos entre 20 e 59 anos e 20 casos acima de 60 anos). Estas causas se alternam nos anos estudados e vão ocupar ora as primeiras, ora segundas e terceiras posições, com participação efetiva das faixas etárias acima de 60 anos.

5. MORBIDADE POR AGRAVOS DE IMPORTÂNCIA COLETIVA

5.1 TUBERCULOSE

A tuberculose atualmente é um dos problemas prioritários de saúde pública no Brasil e no Estado do Espírito Santo.

O número de casos de tuberculose no município de Vitória nos anos de 2009 a 2012 sofreu pouca variação e a taxa de cura, no período entre 2008 a 2012, manteve-se dentro do padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Tabela 12 – Incidência da tuberculose no Brasil, Espírito Santo e Vitória/ES por 100 mil habitantes, 2001 e 2011.

Localidade/Ano	Taxa de Incidência de Tb		Redução no período (%)
	2001	2011	
Brasil	42,8	36	15,9
Espírito Santo	39,9	35,4	11,3
Vitória	58,8	49,0	16,6

Fonte: Boletim Epidemiológico do MS, março de 2012.

A incidência da tuberculose em 2011 foi de 52,04 por 100 mil habitantes, representando uma variação 11,5% nos últimos 10 anos. Dessa forma, observa-se que no município de Vitória a redução da taxa de incidência foi mais significativa o que representa um avanço importante no controle da doença. Contudo, ainda distante para atingir a meta do Plano Global para o Combate à Tuberculose 20/11/2015 (OMS), que preconiza uma taxa de incidência de 25,9/100 mil habitantes até 2015

A mortalidade devido à tuberculose no Brasil vem diminuindo há uma década e meia. Em 2001, a taxa de mortalidade estava em 3,1 óbitos para cada grupo de 100 mil habitantes, e em 2011 caiu para 2,4 óbitos em cada 100 mil, o que equivale a uma redução de 22,6%. No Espírito Santo, em 2011, a taxa de mortalidade pela doença foi de 1,7/100 mil habitantes e em Vitória, taxa de 1,8/100 mil habitantes.

Nas doenças de transmissão coletiva um dos grandes problemas para controle das mesmas é o abandono de tratamento pelos doentes impedindo a totalidade de cura dos casos, necessários para interromper a cadeia de transmissão da doença.

Tabela 13 – Taxa de cura de tuberculose

Ano	Número de casos notificados e confirmados	População	Taxa (/100.000 hab)	Meta estabelecida para taxa de cura(%)	Taxa de cura (%)
2008	177	317.817	55,69	85	85,71 ⁽¹⁾
2009	158	320.153	49,35	85	74,04 ⁽¹⁾
2010	147	327.801	44,84	85	82,50
2011	172	330.526	52,04	85	86,84
2012	150	333.162	45,02	85	85,86

Fonte: 2001 a 2012: DATASUS;⁽¹⁾ Dados retirados do SISPACTO

A doença se apresenta em diversas formas clinicas sendo que maior incidência e refere aos quadros pulmonares.

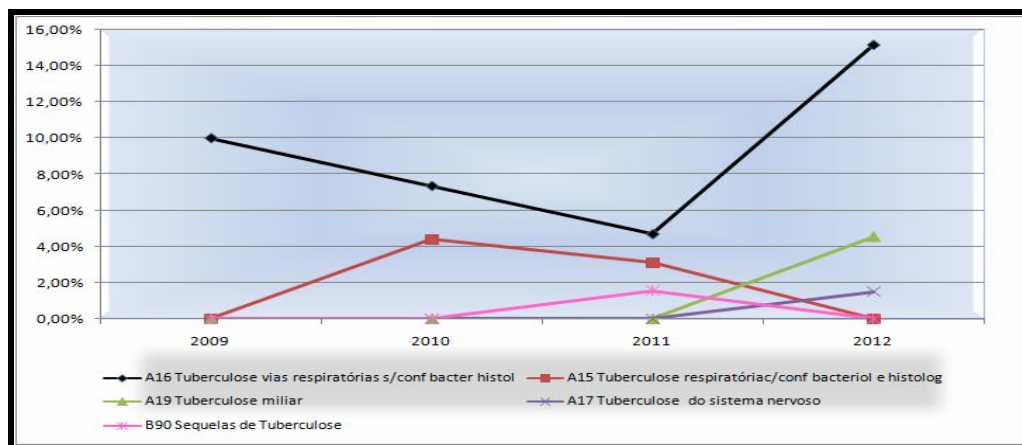


Gráfico 11 – Percentual de casos de tuberculose, por forma da doença, Vitória/ES, 2009 a 2012
 Fonte: 2009 a 2012: DATASUS

5.2 HANSENÍASE

A Hanseníase apresentou uma redução no número de casos nos últimos quatro anos, porém a taxa de incidência ainda é elevada. Em menores de 15 anos, a taxa de incidência vem reduzindo, indicando melhoria no controle da transmissão da doença, mas ainda é necessário manter permanente vigilância.

É uma doença incapacitante, que compromete as pessoas no período de vida economicamente ativa, razão pela qual é importante a sua detecção precoce.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como meta manter a ocorrência da doença em menos de 1 caso por 10 mil habitantes, na Assembléia Mundial de Saúde em 1991, vigente até os dias atuais. De acordo com o Ministério da Saúde (Boletim Epidemiológico, SVS/MS, 2013) a taxa de incidência no Brasil em 2008 foi de 1,40 por 10 mil habitantes e, em 2012, foi de 1,15 por 10 mil habitantes, representando uma redução de 17,8%.

Tabela 14 – Taxa de incidência de Hanseníase e percentual de cura, Vitória/ES, 2008 a 2012.

Ano	Número de casos notificados e confirmados	População	Taxa (/10.000 hab.)	Taxa de cura (%)
2008	83	317.817	2,61	93,15
2009	71	320.153	2,22	94,59

2010	54	327.801	1,65	97,00
2011	50	330.526	1,51	93,00
2012	63	333.162	1,89	90,60

Fonte: 2001 a 2012: DATASU

Número de casos notificados confirmados: Método de entrada, "caso novo" e saída Todos exceto "Erro de diagnóstico".

Nota: ⁽¹⁾ Dados retirados do SISPACTO; Meta de taxa de cura: 90,00%

No Estado do Espírito Santo, no mesmo período, em 2008 a taxa era 1,33/10 mil e em 2012 estava em 1,48/10 mil habitantes, representando um incremento de 11,21%. Em Vitória, a taxa de incidência em 2008 foi de 2,61 casos por 10.000 habitantes, diminuindo em 2012 para 1,89 casos por 10 mil hab., representando uma diminuição de 27,58%. A redução da taxa de incidência de forma mais significativa no município de Vitória, representa importante avanço no controle da doença, porém é preciso avançar ainda mais para atingir a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de menos de um dígito.

Tabela 15 – Incidência de Hanseníase em menores de 15 anos, Vitória/ES, 2008 a 2012.

Ano	Número de casos notificados confirmados	População (menores de 15 anos)	Taxa (/10.000 hab.)
2008	5	68.723	0,73
2009	6	68.521	0,88
2010	3	63.120	0,48
2011	0	63.644	0,00
2012	2	64.153	0,31

Fonte: 2001 a 2012: DATASUS

Número de casos notificados confirmados: Método de entrada, "caso novo" e saída todos exceto "Erro de diagnóstico".

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Vitória (abril de 2013), o domicílio é considerado o espaço de transmissão mais importante da hanseníase. O município de Vitória, assim como o Brasil, tem apresentado uma redução no coeficiente de detecção, porém, este indicador ainda é considerado alto para a endemia (15,4/100.000 hab. em 2011). Apesar da queda desse indicador, ainda são diagnosticados casos em menores de 15 anos (2 casos em 2012), mostrando que existe transmissão recente no município, e que existem pessoas doentes sem diagnóstico e tratamento.

O indicador de proporção de contatos examinados foi de 75%, abaixo do pactuado no ano de 2012 (90%), fator que contribuiu para a não detecção precoce dos casos. Faz-se necessária a sensibilização dos profissionais para a busca de casos novos e execução de exames dos contatos, assim como intensificação das ações de vigilância epidemiológica, com ênfase na busca ativa dos contatos intradomiciliares.

5.3 MENINGITE

A meningite é uma doença infecciosa do sistema nervoso central que pode acometer indivíduos em qualquer idade. Tem como agentes etiológicos as bactérias, vírus, parasitas e fungos. As meningites bacterianas, como a ocorrência das meningites infecciosas por *Neisseria Meningitidis*, *Haemophilus influenzae tipo b* e *Streptococcus pneumoniae*, são clinicamente mais graves e têm maior importância em saúde pública pela sua capacidade de ocasionar surtos e epidemias.

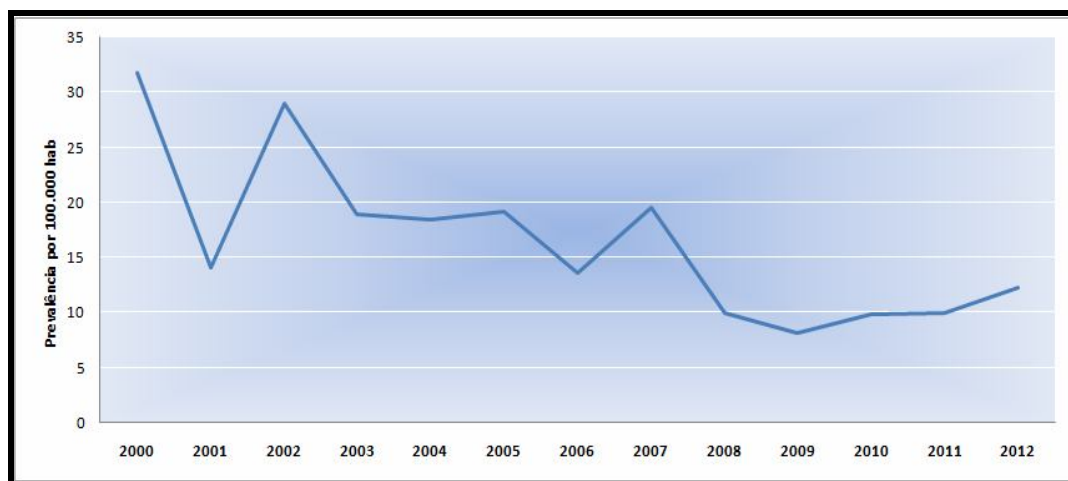


Gráfico 12 – Incidência de meningite (todas as formas), municípios de Vitória/ES, 2000 a 2012

Fonte: DATASUS, 2009 a 2012.

As formas de prevenção da meningite incluem a vacinação, a detecção, e o tratamento precoce dos casos, evitando que a doença seja transmitida a outros indivíduos. As vacinas existentes previnem alguns tipos de meningite e estão disponíveis no calendário básico de vacinação: vacina contra o bacilo da tuberculose, a anti - *Haemophilus influenzae* tipo b, a anti - pneumocócica e a anti - meningocócica.

Tabela 16 – Casos confirmados de meningite por etiologia em Vitória/ES, 2008 a 2012.

TIPO DE MENINGITE / ANO	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Doença Meningocócica	1	3	10	6	5	25
Meningite Meningocócica	1	7	1	5	2	16
Meningite por Hemófilo	2	0	0	0	1	3
Meningite Viral	11	5	4	5	9	34
Total	15	15	15	16	17	78

Fonte: SINAN/DATASUS/MS, 2013

Houve aumento gradual da incidência de meningite no período em análise, 2009 a 2012, com destaque para o ano de 2012. Neste último ano foram notificados 126 casos da doença, sendo 47 (37,3%) de residentes de Vitória e 79 (62,7%) de pessoas de outros municípios. Em relação às meningites bacterianas, foram confirmados cinco casos de doença meningocócica; dois casos de meningite pneumocócica e um de meningite por *Haemophylus*. Ocorreram dois óbitos (1 por *Pneumococo* e 1 por meningococcemia). No período de 2008 a 2012, 41% dos casos da doença foram por doença meningocócica e meningite meningocócica, que são as que possuem o maior perfil de gravidade e óbito.

Tabela 17 – Prevalência de Meningite do Município de Vitória/ES, 2009 a 2012.

Ano	Total de casos notificados, confirmados	População	Taxa (/100.000 hab.)
2009	26	320.153	8,12
2010	32	327.801	9,76
2011	33	330.526	9,98
2012	41	333.162	12,31

Fonte: DATASUS, 2001 a 2012.

Número de casos notificados confirmados: método de entrada, "caso novo" e saída todos exceto "Erro de diagnóstico".

5.4 HEPATITES

As hepatites virais são doenças infecciosas causadas principalmente pelos vírus A, B e C. A diferença entre a Hepatite A e as demais se dá na forma de transmissão: fecal-oral, por alimentos e água contaminados e não ter percurso crônico. No ano de 2010, observou-se na Região Sudeste uma taxa de incidência de 1,4 casos de hepatite A por 100 mil habitantes, inferior à taxa de incidência nacional (3,6).

Existem milhões de pessoas no Brasil, portadoras dos vírus B ou C com risco de evoluírem para a forma crônica e causarem danos mais graves ao fígado como cirrose e câncer. Sob o controle do Departamento de DST e AIDS e acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem no mundo cerca de 520 milhões de pessoas portadoras da infecção pelos vírus das hepatites B e C .

Quanto à hepatite B, a principal forma de transmissão ocorre por via sexual e sangue. A taxa de detecção no Brasil para 2009 foi de 5,3 casos por 100 mil habitantes, para a Região Sudeste, 8,5 e para o Espírito Santo, 2,2. Em Vitória, a taxa foi de 9,45 por 100 mil habitantes.

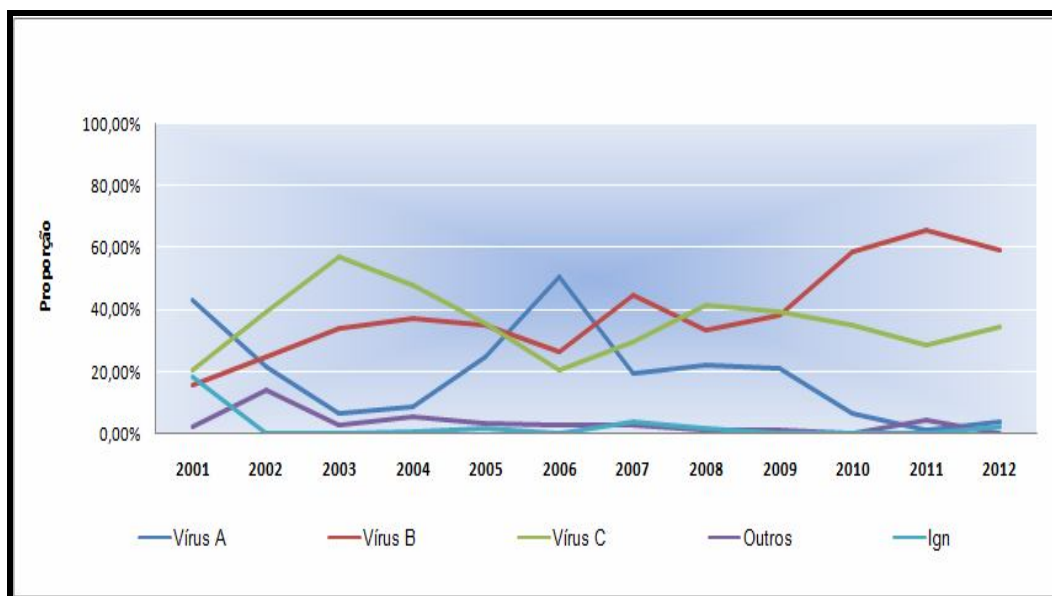


Gráfico 13 – Hepatites virais, segundo a classificação etiológica, Vitória/ES, 2001 a 2012

Fonte: DATASUS, 2009 a 2012.

Ao observarmos as taxas de prevalência das Hepatites B e C no município de Vitória, em 2008, a hepatite C era mais prevalente do que a B. Fato modificado em 2012, quando se teve uma diminuição das hepatites C em relação às hepatites B.

Dentre as capitais brasileiras, em 2010, Vitória apresentou maior taxa com o valor de 11,6/100mil habitantes seguida de São Paulo com 9,8/por 100 mil habitantes. O coeficiente de mortalidade pela doença no Espírito Santo foi o maior da Região Sudeste com 0,5. Em Vitória, em 2010, ocorreu apenas 1 óbito e a taxa de prevalência foi de 8,24 por 100 mil habitantes. A taxa de detecção do município foi de 12,8 por 100 mil habitantes.

Tabela 18 – Taxa de prevalência, por 100.000 habitantes, de Hepatite B e C do município de Vitória/ES, 2008 a 2012.

Ano	População	Casos Hepatite B	Taxa Hepatite B	Casos Hepatite C	Taxa Hepatite C
2008	317.817	38	11,96	47	14,79
2009	320.153	33	10,31	34	10,62
2010	327.801	27	8,24	16	4,88
2011	330.526	48	14,52	21	6,35
2012	333.162	48	14,41	28	8,40

Fonte: DATASUS/MS, 2001 a 2012

Número de casos notificados confirmados: Método de entrada, "caso novo" e saída Todos exceto "Erro de diagnóstico".

A vacinação pode controlar a ocorrência da doença e o SUS disponibiliza a vacinação para pessoas até os 49 anos de idade e também para populações vulneráveis em todas as faixas etárias. Entre estas, incluem-se: manicures e pedicures; profissionais do sexo; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; caminhoneiros; policiais militares e civis; doadores de sangue; coletadores de lixo domiciliar e hospitalar; profissionais de saúde. Em 2012, a faixa etária de vacinação foi ampliada para as pessoas entre 25 a 49 anos.

5.5 AIDS

Os cinco municípios do Espírito Santo que apresentaram o maior número de casos de AIDS acumulados até junho de 2010 foram: Vitória (2.117), Vila Velha (1.310), Serra (1.162), Cariacica (1.074) e Cachoeiro do Itapemirim (592).

Dentre esses municípios, a maior incidência em 2009 foi observada em Vitória (72,8/100.000 habitantes). Em relação à gestante HIV+, foram notificados 1.148 casos no Espírito Santo, de 2000 a junho de 2010, 326 casos de AIDS por transmissão vertical até junho de 2010 e foram a óbito 2.872 indivíduos.

De acordo com a tabela abaixo, verificou-se que até 2010 ocorreu um aumento significativo do número de casos de AIDS em Vitória, mas em 2011 e 2012 o número de casos apresentaram queda. A razão de sexos em 1989 era de 9,2 homens para cada mulher e atualmente a razão existente é de 1,7 homens para cada mulher, seguindo a tendência nacional.

Tabela 19 – Taxa de incidência de AIDS 10 a 49 anos, por sexo, Vitória/ES, 2008 a 2012.

Ano	Homens			Mulheres			Geral		
	Casos	População	Taxa	Casos	População	Taxa	Casos	População	Taxa
2008	50	96.980	51,56	37	105.420	35,10	87	202.400	42,98
2009	140	97.223	144,00	47	105.220	44,67	187	202.443	92,37
2010	263	100.334	262,12	137	109.578	125,03	400	209.912	190,56
2011	203	101.168	200,66	92	110.489	83,27	295	211.657	139,38
2012	125	101.977	122,58	58	111.368	52,08	183	213.345	85,78

Fonte: DATASUS, 2013

A serie histórica dos casos de HIV no município apontam uma média de 120 a 150 novos casos ano, desde 2005, segundo informações do Centro de Referência em DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Este índice pode estar relacionado a ampliação do diagnóstico, assim como a uma diminuição das medidas de prevenção entre as pessoas.

A taxa de incidência do HIV no ano de 2011, foi de 27,5 o que demonstra que a quantidade de pessoas infectadas pelo HIV não vem apresentando queda, embora acompanhe a tendência de estabilização.

No período de 1997 a junho de 2010, foram identificados 254 casos de AIDS em menores de cinco anos no estado do Espírito Santo. No município de Vitória ocorreu um caso em menores de cinco anos no ano de 2010 e um óbito no ano de 2011. Em relação à gestante HIV positivo, foram notificados 1.148 casos no Espírito Santo, de 2000 a junho de 2010, e 326 casos de AIDS por transmissão vertical até junho de 2010.

O coeficiente de mortalidade por AIDS no Espírito Santo foi de 6,4/100.000 habitantes em 2009 segundo o Relatório de Situação do ES, SNVS (Ministério da Saúde, 2011).

Tendências específicas da epidemia da aids

- Da distribuição por sexo

Sendo uma das tendências atuais da epidemia no país, o crescimento da AIDS no universo feminino também tem se repetido em Vitória. Verificamos no município que a proporção entre mulheres e homens contaminados vem caindo.

- Das categorias de exposição

É importante ressaltar que entre as mulheres, a epidemia é predominantemente heterossexual com uma pequena queda e nos últimos 5 anos, há relativa estabilidade entre os bissexuais. Entre os homossexuais, a incidência da epidemia vem crescendo, sobretudo nos novos casos de HIV diagnosticados o que não se repete com os usuários de drogas. Entre os motivos, atribuímos à Política de Redução de Danos por meio da parceria com a Associação Capixaba de Redução de Danos (ACARD) ao lado da própria redução do uso de drogas injetáveis na cidade. Esse uso vem sendo sistematicamente substituído pelo uso do crack. Já entre as crianças, as mães usuárias de drogas são a 2ª categoria de exposição mais citada. Esta tendência se mantém em 2011. Atualmente observamos a transmissão vertical em mães usuárias de Crack.

- Escolaridade e distribuição etária

Há uma tendência de crescimento do número de casos em indivíduos com o ensino médio, desde o final dos anos 80. No que diz respeito à distribuição etária, verificamos que a população mais jovem, em sua fase econômica mais produtiva, com idade entre 22 a 49 anos, ainda se mantém como as mais atingidas pela epidemia (com 86% dos pacientes de AIDS).

- Do quesito raça/cor

A epidemia da AIDS, em Vitória, é uma epidemia predominantemente mista, embora tenha havido uma queda importante da contaminação entre as pessoas que se declaram brancas, queda essa que não se verifica na mesma intensidade entre as pessoas que se declaram pardas ou negras. Há que se avaliar se essa manutenção da epidemia entre as pessoas negras não diz respeito a uma falta de acesso dessa população às políticas de prevenção à AIDS .

- Aids entre gestantes e entre crianças

Verificamos uma curva ascendente da epidemia entre as gestantes, proporcional ao aumento de casos entre as mulheres. No período de 2000 a 2006, foram notificados 136 casos de gestantes infectadas e neste período contabilizamos 31 crianças com AIDS, em acompanhamento residentes em Vitória.

Diante de todas estas análises, constatamos a necessidade de ações na Atenção Básica embora ainda se encontre muita resistência na abordagem a temática da sexualidade nos atendimentos realizados e a necessidade de auxiliar nossos usuários a construir formas de prevenção ajustadas suas necessidades individuais

5.6 DENGUE

O município de Vitória, desde 1998, não havia vivenciado epidemia de tamanha proporção como a ocorrida no ano de 2013 (Gráfico 26).

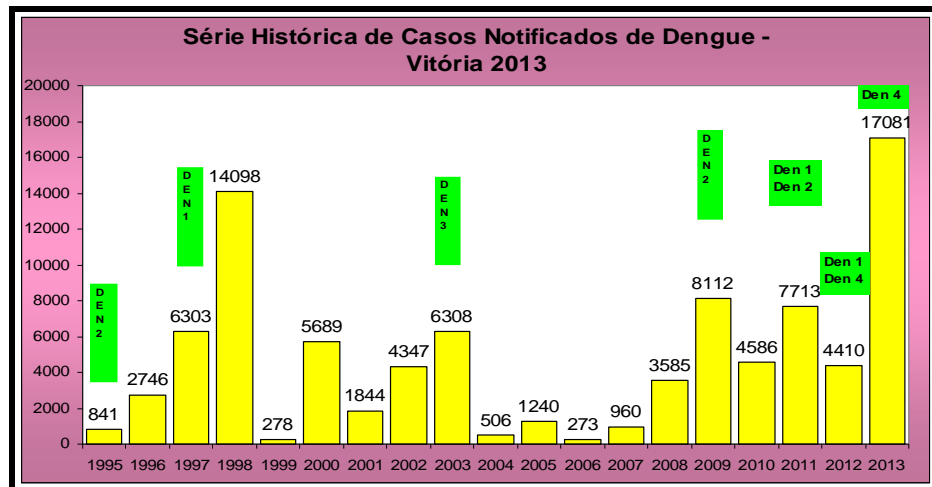


Gráfico 14 – Série histórica de casos notificados de dengue em Vitória/ES, 1995 a 2013

Fonte: SEMUS/GVS/CVE/Planilha paralela, 2013.

Apesar de muitos casos notificados, a assistência ao paciente foi efetiva, tendo em vista o percentual de internações de 44% (166 casos), em relação ao total de casos graves (376) e a ocorrência de apenas um óbito.

De um modo geral, as epidemias ocorrem posteriormente à entrada de novos sorotipos do vírus dengue ou após a reintrodução de sorotipos que circularam anteriormente. Desde o isolamento dos primeiros casos de dengue pelo sorotipo DENV 4, agosto de 2010, não houve isolamento de outro sorotipo, sendo o DENV 4 considerado como responsável pelo grande número de casos de dengue em 2013. Em Vitória foram isolados os primeiros casos de dengue pelo sorotipo DENV4, por local de residência: Jardim Camburi, Jardim da Penha, Tabuazeiro, Santa Martha, Centro, Grande Vitória, Estrelinha, Inhanguetá, Universitário, Santo Antônio, Bela Vista, Caratoíra, Santo André, Nova Palestina, Conquista, Condusa, São José, São Pedro, Ilha das Caieiras, Redenção e Santos Reis.

É importante ressaltar a necessidade de se realizar o isolamento viral em áreas onde ainda não houve a confirmação da circulação viral do DENV 4, como alguns bairros da Região de Maruípe e Continental.

Tabela 20 – Taxa de prevalência de Dengue e total de óbitos Vitória/ES, 2008 a 2012.

Ano	Nº de casos notificados e confirmados	População	Taxa (/100.000 hab.)	Óbitos	Casos notificados
2008	973	317.817	306,15	2	1.358
2009	5.000	320.153	1561,75	7	5.237
2010	1.984	327.801	605,25	2	2.276
2011	5.641	330.526	1706,67	2	5.768
2012	1.865	333.162	559,79	2	1.923

Fonte: 2001 a 2012: DATASUS

Casos confirmados: Dengue clássico, com complicações, FHD e SCD

De acordo com Vigilância Epidemiológica Municipal, o ano de 2012 foi considerado inter epidêmico, pois não houve epidemia, em função da circulação no município do sorotipo DENV1 em anos anteriores e sua reintrodução em 2010.

Tabela 21 – Série histórica de casos graves de Dengue, Vitória/ES, 2004 a 2013.

ANO	Febre Hemorrágica Dengue	Dengue Complicações	ÓBITOS	TOTAL
2004	0	37	0	37
2005	5	0	0	5
2006	2	6	1	8
2007	0	1	0	1
2008	23	65	2	88
2009	82	268	7	350
2010	48	149	2	197
2011	85	293	2	378
2012	16	425	2	441
2013	24	567	3	591

Fonte: DATASUS, 2001 a 2013

5.7 COQUELUCHE

É uma doença infecciosa aguda que teve uma importante redução a partir da introdução da vacina, em 1973, porém, a partir de 2010 reaparece com um aumento importante dos números de casos. Em 2012 houve um aumento significativo de caso em todo o país, sendo este aumento atribuído à baixa cobertura do segundo reforço da vacina Tetra (DTP+Hib) administrada aos 4 anos de idade.

No município em 2010 não houve casos, no ano de 2011 ocorreram 6 casos confirmados e em 2012 foram confirmados 46 casos da doença. A maioria dos casos ocorreu em crianças com idade abaixo de 4 anos, considerando-se o total de casos notificados em Vitória no ano de 2012 .

Tabela 22 – Casos de Coqueluche confirmados, por ano e faixa etária, Vitória/ES, 2009 a 2012.

Faixa Etária	2009	2010	2011	2012
Menor de 1 ano	2	0	5	23
1-4 anos	0	0	0	15
5-9 anos	0	0	0	3
15-19 anos	0	0	1	0
20-39 anos	0	0	0	4
40-59 anos	0	0	0	1
TOTAL	2	0	6	46

Fonte: DATASUS: 2009 a 2012

Em relação ao número de casos ocorrido no ano de 2012 e sua distribuição mensal, a maior concentração ocorreu no último trimestre, confirmando a literatura que relata a ocorrência da doença mais no período da primavera e verão (Guia de Vigilância Epidemiológica, 2010).

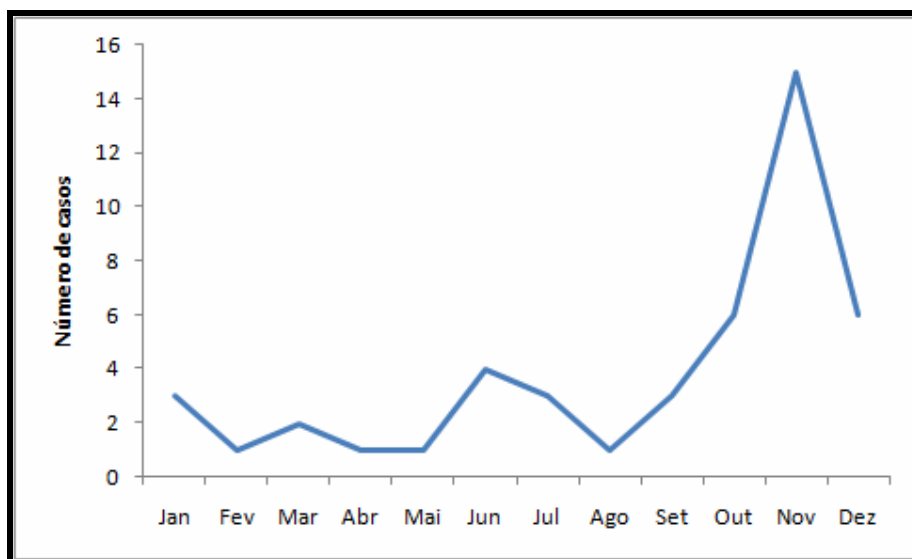


Gráfico 15 – Casos de coqueluche em municípios de Vitória/ES, 2012

Fonte: DATASUS, 2013

5.8 INFLUENZA

A influenza ou gripe é uma doença infecciosa aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global (Guia de Vigilância Epidemiológica/MS, 2010). Cresceu a partir de 2009 em vários continentes, com mais de 190 países registrando muitos casos e óbitos de Influenza Pandêmica A (H1N1).

Na distribuição anual dos casos, em 2009 o número de casos notificados de Influenza no Município foram 533, sendo que apenas 345 casos foram de residentes. Segundo o tipo de vírus, houve confirmação de 30 casos de H1N1 e 14 casos de H3N2.

Em 2010, o número de casos notificados de Influenza foram 19, sendo que 6 casos de residentes. Tanto em 2009 como em 2010 ocorreram 2 óbitos. No ano de 2011, o número de casos notificados de Influenza no Município de Vitória foram 7, sendo 5 de residentes e em 2012 foram 14 casos notificados e 3 de residentes no município. Desses 3 casos, 2 foram confirmados como H3N2, não havendo óbitos em 2011 e 2012.

5.9 SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis é considerada uma doença infecciosa e contagiosa sistêmica e de evolução crônica e sua transmissão ocorre frequentemente por via sexual e raramente por transfusão sanguínea.

A presença de sífilis em gestantes evidencia falhas nos serviços de saúde no atendimento ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são consideradas medidas simples e bastante eficazes na prevenção da doença. Constitui agravo relevante na morbidade e mortalidade dos conceptos, por causar abortamento, prematuridade, natimortalidade e recém-nascido infectado. A taxa de transmissão varia de 30% a 100% dependendo, principalmente, do tempo de exposição do feto ao *Treponema pallidum* e o estágio da doença.

O seguimento do caso é rotineiramente feito pela Vigilância Epidemiológica com monitoramento dos exames de VDRL positivos em gestantes, realizados no Laboratório Central Municipal, aconselhamento quanto à aplicação da penicilina em tempo oportuno e instituição da terapêutica e do tratamento concomitante do parceiro, principal causa de tratamento inadequado. É importante destacar que o Município de Vitória no COAP pactuou 2 testes de sífilis por gestante para os anos de 2014 e 2015.

Em relação à taxa de detecção no Brasil, em 2011 observou-se uma proporção de 5,0 casos por 1.000 nascidos vivos, taxa superada pela Região Sudeste que foi de 5,8 casos por 1.000 nascidos vivos. No Estado do Espírito Santo, a taxa de detecção apresentou uma variação de 2,8 casos por 1.000 nascidos vivos em 2009 ; 5,1 casos em 2010; 7,2 em 2011 e 3,9 casos em 2012.

No Município de Vitória, a taxa foi de 5,4 casos por 1.000 nascidos vivos em 2009; 7,1 casos em 2010; 9,9 casos em 2011 e 14,7 em 2012. Atribui-se este aumento a implementação das notificações e dificuldade de tratamento concomitante do parceiro.

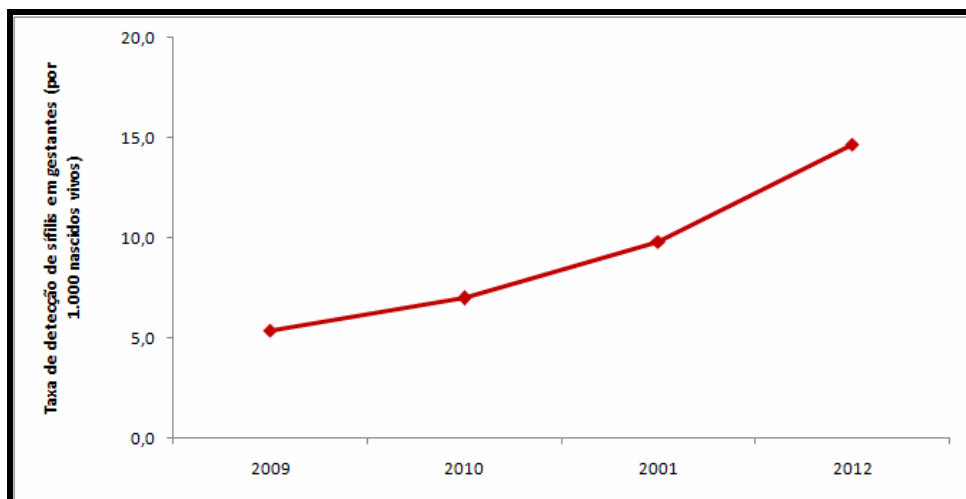


Gráfico 16 – Casos de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, Vitória/ES, 2009 a 2012

Fonte: SISPACTO e Audiências Públicas da SEMUS/ Vitória

Em relação à sífilis congênita, considerada uma doença de fácil prevenção mediante o acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento das gestantes positivas, a política de prevenção da mortalidade infantil do Ministério da Saúde inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis. De acordo com o Ministério da Saúde, entre 1998 e junho de 2012, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 80.041 casos de sífilis congênita em menores de um ano, dos quais 45,9% (36.770) ocorreram na Região Sudeste.

No Estado do Espírito Santo, a taxa de incidência apresentou uma variação entre 2009 e 2012, com os seguintes dados: 2009: 1,9 casos por 1.000 nascidos vivos em 2009; 3,0 casos em 2010 ; 3,3 em 2011; e 2,1 casos em 2012. No Município de Vitória, a taxa foi de 2,5 casos por 1.000 nascidos vivos em 2009; 4,4 casos em 2010: 7,0 casos em; 2011 e 8,0 em 2012. Atribui-se este aumento a implementação das notificações e ao aumento do número de sífilis nas gestantes.

Tabela 23 – Taxas de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, Vitória/ES, no período de 2009 a 2012.

Indicadores	2009	2010	2011	2012
Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos)	5,4	7,0	9,8	14,7
Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos)	2,5	4,4	7,0	8,0
Coefficiente de mortalidade específica por sífilis congênita (por 100.000 nascidos vivos)	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: SISPACTO e Audiências Públicas da SEMUS/ Vitória

Em 2012, diversas providências foram tomadas para a redução dos números de casos de Sífilis Congênita, como a implementação de um Plano Emergencial para Sífilis - SOS Sífilis que aborda:

- *Plano local de Enfrentamento para Sífilis nas Unidade da Atenção Básica.*
- *Implantação do matriciamento em DST/Aids na Atenção Básica.*

Neste período diversas capacitações sobre a Abordagem Sindrômica das DST, foram realizadas com o objetivo de diminuirmos a incidência das mesmas no município incluindo a sífilis. A necessidade das capacitações continuadas e definição das competências dos pontos de atenção foi devido aos diversos encaminhamentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o Centro de Referência de DST/Aids de Vitória.

Os dados evidenciam a necessidade de estratégias de prevenção para a população feminina levando em conta as questões de desigualdade de gênero, peculiaridades relativas às regiões, classes sociais e grupos etários, além de fatores biológicos e da oferta de serviços de saúde. Entre as estratégias podemos citar:

- Qualificar as informações fornecidas pelos profissionais em todas as bases de dados e nos registros das consultas realizadas.
- Construir políticas públicas para as DST, a partir de referenciais como vulnerabilidade social, gênero e raça.
- Prever a inclusão dos homens, de modo a contemplar verdadeiramente a questão relacional de gênero.
- Realizar uma análise dos fatores associados à qualidade da assistência de forma a possibilitar uma maior adesão aos tratamentos. Este aspecto é fundamental para a melhoria das práticas na saúde.

5.10 SAÚDE BUCAL

O último estudo sobre a carga da doença bucal no mundo foi realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004. O indicador utilizado

internacionalmente para mensurar a carga da doença cárie dentária é o índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente. Este índice é sempre referido em relação à idade.

Na ocasião, o CPO-D médio mundial aos 12 anos (dados ponderados de 188 países) foi de 1,6. Na região correspondente às Américas, a média ficou em torno de 2,8 e na Europa, em 1,6. Na América do Sul, apenas a Venezuela apresenta média de CPO-D aos 12 anos semelhantes à brasileira - 2,1; os demais países possuem médias mais altas, como a Argentina - 3,4, Colômbia - 2,3, Paraguai - 2,8, Bolívia - 4,7 e Peru - 3,7. As regiões responsáveis pela baixa média mundial são a África e o Sudeste Asiático, que apresentam valores médios baixos, geralmente explicados pelo baixo consumo de açúcares.

Tabela 24 – Carga de Doença em Saúde Bucal, Brasil, 2010.

IDADE	META OMS 2000	BRASIL	VITÓRIA
5 anos	50% livre de cárie	46,6%	57,2%
12 anos	CPOD \leq 3	CPOD = 2,07	CPOD = 1,28

Fonte: Referência Técnica de Saúde Bucal, em 16/08/2013

Em 2010 a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Projeto SB- Brasil 2010, analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária. Na pesquisa o CPO-D aos 12 anos no Brasil ficou em 2,07, enquanto em Vitória obteve o índice de 1,28.

A interpretação do CPO-D aos 12 anos ser de 1,28, corresponde interpretar que nesta idade uma criança moradora de Vitória tem em média 1,28 dentes atacados por cárie. Estes resultados indicaram que, segundo a classificação adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Vitória alcançou a condição de baixa prevalência de cárie em 2010.

As ações de saúde bucal no município são orientadas pela Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente, 2006), que tem como foco a ampliação do acesso aos serviços odontológicos e a oferta de serviços em níveis de atenção básica,

secundário e terciário. Além disso, a SEMUS/Vitória instituiu na sua rede de atenção o protocolo municipal de Saúde Bucal, no qual é que declarada a proposta político-assistencial a ser aplicada nesta área, baseada em conceitos atuais de organização de serviços em saúde coletiva e na política nacional de humanização. O modelo de atenção em saúde Bucal do município de Vitória-ES vem buscando avançar para contribuir na consolidação dos princípios constitucionais do SUS (CF,1988): universalização, equidade, integralidade e participação social.

O protocolo municipal de Saúde Bucal estabelece que a organização do acesso em saúde bucal em Vitória pode ocorrer por meio do atendimento de urgência e intercorrência, livre demanda e demanda espontânea, atenção programada à população do território de abrangência e atenção extra clínica (atenção domiciliar e atenção coletiva em espaços institucionais).

Vale ressaltar que no município, nos anos de 2011 e 2012, foram obtidos os valores de 47,36% e 62,00% respectivamente do indicador Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF), demonstrando a necessidade de ampliação das ações de Saúde Bucal.

5.11 EVENTOS CARDIOVASCULARES

As doenças crônicas não transmissíveis requerem o acompanhamento longitudinal dos usuários e de suas respectivas necessidades de saúde por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, acesso ao tratamento, oferta de serviços de reabilitação e cuidados paliativos, que minimiza a necessidade da assistência em situações de urgência e emergência, preservando a fase produtiva de cada indivíduo e prevenindo incapacidades.

Os dados populacionais do município de Vitória apontam para índices de envelhecimento crescentes culminando com 62,53% de idosos para cada grupo de 100 jovens com idade \leq a 15 anos, de acordo com o censo de 2010. A expectativa de vida está em torno de 76,28 anos e maior concentração de idosos no município estão entre 60 a 69 anos.

Além do conhecimento das situações inerentes aos fatores de risco que acarretam o aumento da probabilidade do indivíduo em desenvolver as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's) como tabagismo, obesidade, uso abusivo do álcool, dislipidemias, inatividade física e ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras, as medidas de promoção, prevenção, tratamento, controle e recuperação da saúde necessitam serem executadas o mais precoce possível. Sendo assim propõe-se para o quadriênio 2014- 2017:

Implementar as diretrizes das políticas públicas de atenção integral à saúde, contemplando as linhas do cuidado: criança, adolescente, adulto (mulher e homem) e idoso, voltadas para a Atenção Básica com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a qualificação da assistência prestada, impactando positivamente no perfil de morbimortalidade será necessário elaborar e implementar o Plano Municipal de Enfretamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis em toda a rede municipal da SEMUS/Vitória e ampliar a oferta/cobertura de exames para a detecção precoce dos cânceres de mama, útero, próstata e do aparelho digestivo, garantir o tratamento de mulheres com lesões precursoras de câncer do colo do útero, por meio das redes de atenção estabelecidas, ofertar medicamentos para controle e tratamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's) de forma equânime e de acordo com o nível de atenção e pactuações estabelecidas, considerando-se custo/efetividade.

6 CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM VISTAS AO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

Desde 2006 com o Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde, a atenção à saúde da pessoa idosa em Vitória deixou de ser um programa para se tornar área prioritária, com enfoque na política de atenção e não mais ações isoladas, conforme preconizado nas Portarias GM/MS nº. 2.528/2006 e nº. 399/2006, que instituíram, respectivamente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto pela Saúde.

As ações implementadas e propostas no Município de Vitória para a população idosa estão em conformidade com a Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Estatuto do Idoso, porém considerando-se critérios demográficos e epidemiológicos presentes é possível afirmar que existem muitos desafios a serem enfrentados, dentre eles para o quadriênio 2014-2017 elencou-se as seguintes ações prioritárias para a saúde da pessoa idosa

- Realizar ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável nas UBS;
- Implantar nas UBS ações de rastreio precoce de doenças que comprometam a independência e autonomia da pessoa idosa;
- Realizar ações de prevenção de quedas nas UBS;
- Reduzir a mortalidade prematura (<70 anos) pelas principais causas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT);
- Regular o acesso e fluxos do Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI) com os demais pontos de atenção da rede, como também o compartilhamento do cuidado;
- Ampliar o acesso dos idosos a consultas, exames e procedimentos de média complexidade, inclusive órteses e próteses;

Cabe destacar que em razão da integralidade da atenção e a transversalidade do cuidado, além das ações específicas descritas anteriormente, diversas outras ações que compõem o Plano Municipal de Saúde visam o atendimento da população em geral, também se destinam à população idosa, como principalmente: a implantação das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a reclassificação do risco das famílias nos territórios de saúde, implantação do serviço de Atenção Domiciliar no município, o desenvolvimento das ações do plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na Rede SEMUS e o incremento do número de notificações de violência doméstica, sexual e outras violências registradas no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) pelos serviços de saúde.

7 MODELO DE ATENÇÃO E REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

O Município de Vitória, desde os anos 90, vem implantando e aprimorando ações estratégicas na tentativa de inverter o modelo de atenção à saúde, saindo de um modelo fragmentado para o modelo integral de assistência à saúde. Em fevereiro de 1998, o município de Vitória assumiu a Gestão Básica Ampliada, habilitado pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de consolidar um novo conceito de saúde, pautado na qualidade de vida, melhoria do acesso, do acolhimento e da resolubilidade da atenção básica.

Neste período foi iniciado o processo de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente definidos como Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Saúde da Família (ESF), que apresentam como pressupostos a atenção integral, contínua e humanizada e a vigilância da saúde, ambas concretizadas por meio de ações preventivas e promocionais de saúde e de aperfeiçoamento continuado dos profissionais.

A proposta inicial desses programas foi atender, prioritariamente, regiões com indicadores de saúde, sociais e econômicos desfavoráveis, em parceria com o programa de governo municipal intersetorial, o Projeto Terra — programa de desenvolvimento social, urbano e de preservação ambiental nas áreas ocupadas por população de baixa renda. À época, foi definida inicialmente como área prioritária para implantação, a região da Grande São Pedro, com posterior ampliação para demais áreas do município.

O modelo de atenção à saúde no Município se estrutura a partir da atenção básica, principal porta de entrada no sistema, que deve ser resolutiva para a maior parte das necessidades de saúde, ordenadora da demanda por serviços de maior complexidade, organizadora dos fluxos para continuidade da atenção ou do cuidado e adotar a Estratégia de Saúde da Família como o modelo reordenador das práticas da atenção básica.

O município apresenta atualmente a cobertura de atenção básica em 100%, com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família em torno de 80% e os serviços de

saúde se estruturam numa rede de pontos de atenção à saúde composta por serviços de diferentes densidades tecnológicas: primários, secundários e terciários. Para tanto, os serviços são estruturados com base nos fundamentos das Redes de Atenção, como economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, territórios sanitários, e níveis de atenção e porta de entrada na atenção primária que é a ordenadora e coordenadora de todo o sistema (Mendes, 2010).

7.1 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA ORGANIZAÇÃO TERRITORIAL

O Sistema Municipal de Saúde de Vitória se organiza sobre bases territoriais, com a distribuição dos serviços em uma lógica delimitada por áreas de abrangência. O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura.

Segundo Mendes (1993), no processo de municipalização podem ser identificados os seguintes territórios: território-distrito - como delimitação político-administrativa; território área - delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial; território-microárea - delimitada com a lógica da homogeneidade sócio-econômica-sanitária; território-moradia - como lugar de residência da família.

O objetivo é compreender a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou da doença, como resultante da interação dessas diversas dimensões. Para criar, assim, as condições necessárias para, regular, controlar, organizar e intervir sobre os problemas e necessidades que surgem no território e com a população.

As redes de serviços regionalizadas ampliam o acesso aos serviços de saúde com qualidade e menor custo, e devem ter como premissas para a integralidade das ações, a harmonia da oferta, a integração dos serviços e a modernização da atenção para atender ao princípio constitucional da descentralização.

Na territorialização da Saúde, Vitória se divide em 06 Regiões de Saúde, 29 territórios e 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando que os Territórios de Avelina e Santa Tereza fazem uma composição de serviços em duas unidades de saúde, portanto, um território de saúde, sendo: quatro (04) unidades básicas de saúde sem Estratégia Saúde da Família (ESF), três (03) com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e vinte e três (23) com Estratégia Saúde da Família, compostas por 78 equipes de ESF + 4 EACS que proporcionam uma cobertura de cerca de 80% da população.

A constituição de uma rede de serviços de saúde prevê a integração das ações e deve contemplar o acesso dos usuários a todas as esferas de atenção em saúde (municipal, estadual e federal), de forma articulada e pactuada nas instâncias gestoras do SUS. Deve abranger desde as ações assistenciais em todos os níveis de complexidade, até as atividades de prevenção e promoção da saúde. Pressupõe a economia de escala e escopo nos níveis de atenção, com melhoria constante na qualidade da assistência.

A rede municipal de saúde é formada por:

- 30 (trinta) unidades básicas de saúde distribuídas nos territórios descritos. Das 30 (trinta) UBS, 23 (vinte e três) estão organizadas com a Estratégia Saúde da Família (totalizando 78 (setenta e oito) equipes de Saúde da Família/ESF, sendo 56 (cinquenta e seis) com Saúde Bucal), 03 (três) UBS com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde/EACS (totalizando 4 equipes) e 04 UBS sem ESF/EACS;
- 02 (duas) Equipes de Consultório na Rua (uma vinculada à UBS de Andorinhas para atendimento das Regiões Continental, Forte São João e Maruípe e a outra vinculada a UBS Vitória para atendimento das Regiões Centro, Santo Antonio e São Pedro)
- 02 (dois) Pronto Atendimentos, PA Praia do Suá e São Pedro, localizados nas Regiões de Saúde de Forte de São João e São Pedro, respectivamente, responsáveis pelo atendimento de urgência e emergência do município;

- 16 módulos de orientação ao exercício (SOE) localizados em praças, parques e praias e um carro volante - o “SOE – Móvel”, que realiza visitas quinzenais em regiões onde não existe módulo de orientação ao exercício;
- 03 academias populares em parceria com a Secretaria Municipal de Esportes e 20 academias do idoso;
- 01 Centro de Vigilância em Saúde Ambiental (CVSA);
- 04 Centros de Referência de atenção especializada: Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Referência em DST, Centro de Referência de Atendimento ao Idoso, Centro Municipal de Especialidades;
- 02 Centros de Atenção Psicossocial (01 CAPSII e 01CAPS III), 01 Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS AD III), 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), 01 Casa de Acolhimento Transitório Infanto-juvenil (CATij - Convênio firmado com a Associação Luterana de Assistência Social – ALAS), 01 Serviço Residencial Terapêutico (Convênio firmado com a Instituição Adventista de Educação e Assistência Social ESTE Brasileira (ADRA); e duas (2) Equipes de Consultório na Rua , uma vinculada à UBS de Andorinhas para atendimento das Regiões Continental, Forte São João e Maruípe e outra vinculada a UBS Vitória para atendimento das Regiões Centro, Santo Antonio e São Pedro, que compõem a Rede de Atenção Psicossocial;
- 01 Serviço de Atenção a Pessoa em Situação de Violência (SASVV) - serviço de média complexidade;
- 01 Laboratório Central Municipal com 27 pontos de coleta de exames;
- 01 Central de Transporte Sanitário;
- 01 Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS);
- 01 Serviço de Vigilância Sanitária (VISA), 01 Serviço de Vigilância Epidemiológica;
- 01 Serviço Central de Insumos de Saúde;
- 01 Farmácia Popular;

- 01 Farmácia Cidadã;

A assistência hospitalar para os residentes de Vitória está sob Gestão estadual, contudo, em caráter complementar o município de Vitória firmou diversos convênios com prestadores de serviços como: Maternidade PRÓMATRE (Parto Humanizado de baixo e médio risco), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória (APAE - Serviços de Atenção à Saúde aos munícipes portadores de deficiência mental múltipla, bebês de risco, autismo, transtornos psíquicos e familiares), Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil (ACACCI), Associação Feminina de Associação e Combate ao Câncer (AFECC), Serviços Especializados Ambulatoriais e Hospitalares, Instituição Adventista de Educação e Assistência Social (ADRA - manutenção da residência terapêutica).

Soma-se a isso a celebração de contratos de prestação de serviços da municipalidade junto a prestadores de serviços de saúde privados: clínicas especializadas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para atendimento de seus munícipes.

Mesmo não tendo Comando Único do Sistema de Saúde, o município de Vitória, no contexto de capital do Estado do Espírito Santo, possui numerosos prestadores de serviços de média e alta complexidade localizados em seu território geográfico e que concentram um grande aporte de tecnologias em saúde, existindo portanto, fluxos contínuos de residentes do próprio Município e de outros municípios para atendimento nesses pontos de atenção (referência intermunicipal, interregional e interestadual).

7.2 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

No Município de Vitória, o Decreto Municipal nº 15.489, de 10/09/2012, dispõe sobre a organização e o funcionamento das Unidades Administrativas da Secretaria de Saúde de Vitória e cabe à Gerência de Atenção à Saúde (GAS), entre outras atribuições, assessorar a elaboração e acompanhar a implantação das políticas públicas prioritárias na área de atenção à saúde, bem como, planejar, acompanhar e avaliar as ações de atenção à saúde, em todos os níveis de complexidade, sob a gestão municipal.

A GAS, vinculada à Subsecretaria de Atenção à Saúde, possui em sua estrutura referências técnicas nas seguintes áreas temáticas do cuidado: Saúde da Criança, do Escolar, do Adolescente, do Adulto (incluindo a Saúde da Mulher, do Homem e áreas de atuação dos Tabagismo, Hipertensão e Diabetes e Tuberculose e Hanseníase), do Idoso, Saúde Bucal, Saúde Mental, e as áreas de atuação das Doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), da Promoção da Saúde e Práticas Integrativas e Complementares (Fitoterapia/Plantas Medicinais) e da pessoa com deficiência.

7.3 ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos a manutenção da saúde e autonomia das pessoas e também atue nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

7.3.1 ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica e reduzir a morbimortalidade no município de Vitória, por meio da integralidade do cuidado em saúde, foram estabelecidas as seguintes estratégias:

- **Consolidação do Apoio institucional**

Para garantir o Política Nacional Atenção Básica, o Ministério da Saúde desde 2003 instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de provocar inovações na produção de saúde, gestão e no cuidado, com ênfase na educação permanente dos trabalhadores do SUS.

A PNH possui dispositivos que podem ser implantados/implementados, na construção de processos de trabalho em equipe sendo o Apoio Institucional um dos dispositivos que colaboram na qualificação dos processos de trabalho dos serviços da SEMUS-Vitória e no enfrentamento dos problemas relacionados ao usuário.

Funciona por meio de colegiados nos territórios de saúde e está configurado em duplas de apoiadores para cada serviço de saúde.

- **Implantação dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF)**

No sentido de apoiar e fortalecer a Atenção Básica no Município, está em curso a implantação dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), regulamentados pela Portaria Ministerial nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Segundo a portaria, os Núcleos de Apoio da Saúde da Família configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, consultórios na rua e com o Programa Academia da Saúde. O NASF visa reorganizar a forma de atuação dos profissionais já inseridos nas unidades, atua em conjunto compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes.

Os Núcleos de Apoio da Saúde da Família devem ser constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, mediante critérios de prioridades identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Diante disso, a gestão municipal optou por iniciar a implantação dos referidos núcleos nos territórios de Santo Antônio, Jardim da Penha, Consolação, Vitória/Fonte Grande, Santo André/lha das Caieiras, Conquista - Nova Palestina/Resistência, São Cristovão/Maruípe e Andorinhas /Santa Martha, totalizando oito equipes de NASF, com possibilidade de ampliação para dezesseis equipes no total.

- **Reorganização do Apoio Matricial**

O Apoio Matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência (BRASIL, 2004, p. 13).

Outra estratégia de fortalecimento da AB e garantia da ampliação do acesso é a reorganização do Apoio Matricial na rede de serviços nas áreas do cuidado da Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde da Mulher e Doenças Sexualmente

Transmissíveis (DST) e sua expansão para outras três áreas prioritárias a serem definidas posteriormente à implantação dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família.

- **Reformulação da territorialização e da classificação de risco no município**

A adscrição de territórios é uma das diretrizes da Atenção Básica, permite o planejamento de ações de saúde voltadas para o perfil epidemiológico local e a responsabilização e vínculo entre equipes de saúde e população. O processo de territorialização no município deve ser contínuo e dinâmico devendo se adequar às possíveis mudanças urbanísticas, ambientais, socioeconômicas e comportamentais dos territórios de saúde, que demandem revisão de delimitação de território-área e território-microárea.

O Ministério de Saúde orienta que para a delimitação dos territórios deve-se de ter uma unidade de saúde (território) para até 12.000 habitantes em caso de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e uma unidade para até 18.000 habitantes nos casos sem ESF.

Quanto à parametrização da população por equipe de ESF e por microárea, deve seguir critérios de vulnerabilidade e risco, considerando os determinantes sociais em saúde, tomando-se como base dados demográficos, socioeconômicos oficiais, e condições ambientais como habitação e infraestrutura urbana. A população adscrita por equipe e por microárea deve ser tanto menor quanto maior o risco de adoecer, atendendo ao princípio de equidade do SUS e foi priorizada inicialmente a região de Maruípe, devido à construção de novas unidades de saúde na região.

Na SEMUS/Vitória a Coordenação de Atenção Básica da GAS é o setor responsável por coordenar o processo de territorialização das unidades de saúde e equipes, de acordo com as diretrizes e parâmetros definidos pelos Ministério da Saúde e SEMUS em consonância com as discussões realizadas nos Colegiados Gestores Regionais (COGER).

Concomitantemente a reformulação da territorialização, o Município de Vitória revisou o instrumento de classificação de risco das famílias cadastradas inserido no Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar. O seu objetivo principal é instrumentalizar as equipes para programação e implementação das atividades de

atenção a saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população adscrita. Prioriza-se intervenções clínicas e sanitárias diante dos problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência (PNAB, 2012). A meta estabelecida é implementar o novo processo de classificação de risco em todos os territórios de saúde com a ESF e EACS.

No período de 2014-2017, corroborando com os processos de territorialização e a reclassificação de risco das famílias, será introduzida como ferramenta no Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar o geoprocessamento das famílias cadastradas na rede assistencial, iniciando pelos territórios de Bairro da Penha e Ilhas das Caieiras, o que favorecerá a obtenção das informações em saúde e as análises epidemiológicas dos territórios. Esse processo de trabalho está sob os cuidados das Coordenações de Atenção Básica e Informação em Saúde com a parceria da Subsecretaria de Tecnologia e Informação da Secretaria Municipal de Fazenda.

- **Ampliação da ESF e EACS nos territórios de saúde**

Com o intuito de ampliar o acesso da população e a oferta dos serviços de Atenção Básica com qualidade, equidade e em tempo oportuno, estabeleceu-se como metas a implantação da ESF e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) em cinco territórios de saúde: Itararé, Jabour, Maria Ortiz, Ilha de Santa Maria, Avelina, Santa Teresa.

Quanto a Saúde Bucal, a gestão municipal optou por iniciar a implantação das equipes nos territórios: Itararé, Alogoano, Forte São João, Conquista, Nova Palestina, correspondendo a cinco equipes de saúde bucal, com possibilidade de ampliação de até dezesseis equipes.

8 INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA

8.1 CONSOLIDAÇÃO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO E NA REGIÃO METROPOLITANA

A Rede Cegonha é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Foi instituída pela Portaria Ministerial nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e alterada pela Portaria nº 2.351, de 5 de outubro do mesmo ano (dab.saude.gov.br) e no Espírito Santo, as discussões entre o estado e os municípios tem como eixo principal a melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher e ao recém-nascido no decorrer do ciclo gravídico e puerperal, com foco nos acesso, qualidade e humanização, visando à integralidade do cuidado.

Para a consolidação da Rede Cegonha, além da estruturação dos serviços, foram pactuados o alcance de metas de grande importância para a a qualidade da assistência no pré-natal, parto, nascimento, puerpério, além do acompanhamento das altas hospitalares pós-nascimento ou aquelas referentes às hospitalizações em menores de um ano. Ressaltam-se nesse sentido, as ações que visam à prevenção dos óbitos maternos e infantis por causas evitáveis e da transmissão vertical do HIV e sífilis em todos os serviços da SEMUS-Vitória.

A rede de assistência à gestação de risco habitual e alto risco comporta o transporte sanitário e de urgência, a suficiência de leitos hospitalares obstétricos e de gestantes de alto risco, de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e de unidade de cuidados intermediários (UCI) para assistência ao recém-nascido de risco, UTI adulto para as puérperas e leitos Canguru e para a consolidação da rede há necessidade de decisões em conjunto com a Região Metropolitana de Saúde, na qual o município de Vitória está inserido.

A Rede Cegonha possui repasse federal próprio para que a esfera municipal se responsabilize pela execução dos novos exames de pré-natal, dos exames adicionais para as gestantes de alto risco (contagem de plaquetas, dosagem de proteínas, de uréia, de creatinina, de ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassom

obstétrico com Doppler, Cardiotocografia ante-parto). Além dos recursos federais, existe alocação de recursos estaduais e municipais na Programação Pactuada Integrada (PPI) para o custeio das ações e tecnologias necessárias ao bom funcionamento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança.

9 POLÍTICAS E PROGRAMAS ESPECIAIS

9.1 Saúde do Escolar

O Programa de Saúde Escolar pretende implementar e fortalecer as estratégias para prevenção e promoção da saúde dos escolares em 100% das Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) e dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) da Rede Municipal de Vitória, ampliar as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) de 80% para 100% dos alunos das EMEF da Rede Pública.

9.2 População Negra

A gestão pautada pela construção de uma gestão compartilhada e que visa o fortalecimento da cidadania assume o compromisso de institucionalizar a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra do município de Vitória, que está fundamentada nas evidências das imensas desigualdades em saúde dessa população e

A Política expressa o compromisso do município para realização de ações de: formação e educação permanente sobre saúde da população negra destinadas a gestores, trabalhadores de saúde e lideranças de movimento negro; desenvolvimento de estratégias de articulação com as instituições de promoção da equidade racial a fim de operacionalizar atividades intersetoriais; articulação e negociação para o fortalecimento da mobilização social do SUS; aperfeiçoamento dos sistemas de informação e a realização de estudos e pesquisas sobre a situação de saúde dessa população; redução das taxas de morbimortalidade da população negra, especialmente a redução da mortalidade materna, infantil e por mortes violentas; ampliação da rede de atenção à população em situação de violência;

inserção da temática saúde da população negra nos conteúdos de educação permanente dos trabalhadores das Equipes de Saúde.

9.3 Saúde da Pessoa com Deficiência

A prefeitura de Vitória pretende nesta gestão, ampliar as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência em todos os serviços de saúde da rede municipal e consolidar a acessibilidade urbana por meio da Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.

9.4 Saúde da população LGBT

Sistematizar a assistência domiciliar aos munícipes de Vitória em todas as UBS

Atingir cobertura $\geq 83\%$ de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) na Saúde.

Descentralizar para as UBS o acompanhamento das vigências no sistema Programa Bolsa Família (PBF).

Realizar articulação para a implementação das ações do plano municipal de saúde da população LGBT.

Manter convênio com organização da sociedade civil para continuidade do projeto de atendimento da pessoa com deficiência intelectual e/ou autismo.

Implementar ações voltadas às populações de maior vulnerabilidade (População LGBTTT, População Negra, Pessoa com Deficiência) em 100% das Regiões de Saúde.

10 APOIO DIAGNÓSTICO

O Apoio Diagnóstico em Análises Clínicas visa o suporte ao diagnóstico clínico com qualidade, eficiência e agilidade, otimizando os recursos existentes e garantindo a satisfação do usuário.

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória busca a manutenção e ampliação da coleta de exames laboratoriais descentralizados provenientes das Unidades Básicas de Saúde, Prontos Atendimentos, Centros de Referência e demais serviços de saúde.

11 ATENÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

As urgências e emergências são componentes importantes da assistência à saúde, que devem fluir em todos os níveis de atenção do SUS, organizando a assistência desde as unidades básicas de saúde até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Diante da necessidade de fortalecer a rede de atenção às urgências e as emergências com foco na resolutividade o município de Vitória está articulado com a rede estadual, em conformidade com a Portaria do GM/MS n.º 342 de 04/03/2013 e a alteração estabelecida na Portaria GM/MS nº 104 de 15/01/2014, para garantir o cuidado e a resolução dos problemas de saúde da sua população.

Nos prontos atendimentos da Praia do Suá e de São Pedro foram realizadas adequações físicas para melhorias na estrutura, além da implantação do Protocolo de Classificação de Risco e do Apoio Institucional.

O enfretamento das situações de urgência e emergência nos dias atuais, denotam e confirmam os dados epidemiológicos que indicam uma progressão de mortes por causas externas no país e no Estado (Plano Estadual de saúde 2012-2015). As causas externas ocuparam o 3º lugar em relação a mortalidade geral do município no período de 2009 a 2012, com ênfase das agressões (homicídios) e dos traumas (acidentes de transporte), atingindo, principalmente, no gênero masculino na faixa etária de 15 a 49 anos.

Em relação às quedas também cabe destaque como causa de morte, atingiram ambos os sexos, na sua maioria os homens acima de 50 anos e as mulheres acima de 60 anos. Dentre as doenças do aparelho circulatório, as responsáveis pelo maior número de registro de óbitos no período de 2009 a 2012, em ambos os sexos, foram

o infarto agudo do Miocárdio (121 casos - predomínio masculino entre 50 e 70 anos) e o Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (164 casos - predomínio feminino acima de 70 anos).

Ressalta-se que no atendimento de urgência hospitalar de municípios de Vitória, ocorridas período de 2010 a 2012, as doenças do Aparelho Circulatório, consideradas como sensíveis à atenção primária, ocuparam progressivamente de 3º a 1º lugar. As morbidades mais freqüentes foram hipertensão essencial (primária), insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral não especificado hemorrágico ou isquêmico.

Considerando o transporte de pacientes nas situações de urgência e emergência, a rede estabelecida com o nível Estadual, define como competências da atenção primária à saúde o atendimento aos pacientes classificados como verde e azul (pouco urgente e não urgente), segundo protocolo de Manchester. Quanto aos classificados como vermelho, laranja e amarelo (necessidade de medidas para manutenção da vida e para diminuição de sofrimento intenso) terão garantia de transferência para os pronto-atendimentos e as unidades hospitalares de referência de atendimento às urgências, por meio do SAMU ou transporte sanitário municipal.

12 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338/2004 aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), na qual define: “A Assistência Farmacêutica um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”.

A Assistência Farmacêutica, determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde, abrange a alocação de um montante expressivo de recursos públicos, sendo portanto, necessária a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que orientem a prescrição, a dispensação e o consumo dos insumos. As ações nessa área devem fundamentar-se nos princípios constitucionais do SUS, bem como nos preceitos que lhe são inerentes.

A organização dos serviços farmacêuticos no Município tem proporcionado a manutenção da distribuição de um elenco de medicamentos essenciais (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME), a todas as farmácias da rede municipal de saúde. Esse elenco é analisado permanentemente à luz das melhores evidências científicas disponíveis, de forma participativa com os profissionais da rede assistencial da SEMUS.

Aliado ao acesso da população a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes, tem-se buscado o aprimoramento da dispensação e uso racional de medicamentos, por meio da implantação do software para gerenciamento das farmácias – SISFAR, adoção do Memento Terapêutico como instrumento norteador das prescrições na rede SEMUS, destacando-se o desenvolvimento, pactuação e divulgação das diretrizes de atuação do farmacêutico na Atenção Básica. Além disso, tem-se buscado a melhoria da estrutura física das farmácias das unidades com foco na humanização do atendimento.

Ressalta-se também, que a prescrição de medicamentos por meio eletrônico no Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem-Estar corrobora positivamente na prescrição e consumo de medicamentos.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica prevê ainda:

- a manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS (nível federal, estadual e municipal), bem como a qualificação desses serviços;
- a descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados.

13 REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

13.1 REGULAÇÃO

A Regulação no setor saúde é uma função complexa e um dos maiores desafios a ser enfrentado pelo Sistema Único de Saúde, sob o ponto de vista do financiamento e da prestação da assistência.

Foram as Normas Operacionais da Assistência à Saúde 2001/2002 (NOAS-01/02) que introduziram no SUS o conceito de Regulação como “a ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde”. As normas recomendaram a implantação dos Complexos Reguladores e a elaboração do Plano Diretor da Regionalização – PDR, com vistas à descentralização das ações e serviços de saúde e redução das desigualdades, mediante criteriosa alocação de recursos, garantindo o acesso da população a serviços e ações de saúde com integralidade e resolubilidade.

A Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, a qual estabeleceu três dimensões de atuação: a Regulação sobre Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência.

A regulação ambulatorial em Vitória está sob a responsabilidade da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA) em consonância com o Decreto Municipal nº 15.489, de 10/09/2012. O setor é composto na sua estrutura organizacional por duas coordenações: Coordenação Controle e Avaliação e Coordenação de Regulação, essa última é responsável pela a Central de Regulação de consultas, procedimentos e exames especializados e Central de Transporte Sanitário. A regulação ambulatorial também é exercida de forma descentralizada nas unidades básicas de saúde.

O funcionamento da Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados visa à organização do atendimento nas especialidades dos serviços de saúde do município de Vitória, propiciando o acesso dos usuários à atenção secundária, de acordo com o princípio da equidade e os protocolos de regulação e acesso estabelecidos (critérios de acesso, solicitação e prioridades).

O Sistema Nacional de Regulação (SISREG-III/DATASUS), auxilia o gerenciamento do processo regulatório no Município. O sistema possibilita o cadastramento de usuários e prestadores, a regulação de consultas e procedimentos de média a alta complexidade, organização das agendas e filas de espera e monitoramento dos processos por meio de emissão de relatórios gerenciais.

Quanto a Central de Transporte Sanitário (CTS), o setor tem como objetivo atender aos munícipes de Vitória, cuja característica principal é a remoção em caráter eletivo para usuários em tratamento de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS. Considera-se transporte eletivo aquele de caráter ambulatorial programado e com agendamento prévio, podendo ser para tratamento contínuo ou esporádico do usuário.

13.2 AVALIAÇÃO E CONTROLE

As funções de avaliação e controle são fundamentais para subsidiar a melhoria das políticas públicas implementadas nos sistemas de saúde.

O investimento de recursos para a organização das políticas do SUS devem estar centradas na integralidade, equidade e descentralização das ações, requerem uma avaliação sistemática para verificação dos recursos aplicados e melhoria do sistema de saúde. A avaliação é de extrema relevância na implementação de qualquer projeto ou ação, pois, permite analisar se as atividades/ações implementadas alcançaram ou não os seus objetivos

Portanto, a implementação de um processo de avaliação e controle das ações de atenção à saúde, de forma sistemática e contínua, sobre estruturas, processos e resultados, permite melhor planejamento, ajustes na execução e busca de melhor qualidade, eficiência, eficácia e efetividade. A avaliação da qualidade da atenção, pelos gestores, deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos, baseados em critérios técnicos, quanto a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, integralidade da atenção, resolubilidade e qualidade dos serviços prestados, criando mecanismos que garantam a participação da população na avaliação do sistema.

No Município as atividades de avaliação e controle são exercidas pela Coordenação Controle e Avaliação da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA).

A Coordenação de Controle e Avaliação desenvolve um conjunto de ações e atividades: gerenciamento do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES- cadastro dos profissionais e serviços) e do sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS), processamento de produção ambulatorial da SEMUS/Vitória, análises dos serviços assistenciais executados pela rede própria e complementar e acompanhamento da PPI. Em relação à avaliação, os processos de trabalho estão em fase de reestruturação e definição de prioridades no setor.

14 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde se constitui num processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. Desenvolve ações de maneira rotineira e sistemática, em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na comunidade.

Consiste num campo integrado de práticas, fundado no conhecimento interdisciplinar e na ação intersetorial, cujas principais áreas de atuação estão integradas a Gerência de Vigilância em Saúde (GVS) e que tem como principais funções a:

I - vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, de monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

II - promoção da saúde;

III - detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública com foco nas doenças de elevado potencial de disseminação e/ou risco e de agravos inusitados;

IV- vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;

V - vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;

VI - vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;

VII - vigilância da saúde do trabalhador e;

VIII- vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde.

IX- vigilância ambiental em saúde

A organização da Vigilância em Saúde é essencial para conhecimento e intervenção nos fatores determinantes da saúde individual e coletiva e a intersetorialidade tem sido igualmente uma estratégia de forte impacto nas ações de vigilância, por meio de parcerias desenvolvidas com órgãos municipais, órgãos de outras esferas de governo e sociedade civil.

15 RECURSOS FINANCEIROS E GESTÃO MUNICIPAL

Compreende-se por financiamento em saúde todos os recursos financeiros que viabilizam as ações nos serviços públicos de saúde, contemplados no orçamento da seguridade social, da União, dos estados e dos municípios. Cada esfera de governo possui responsabilidade de garantir e regular tais recursos em seus respectivos fundos de saúde, conforme a Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012.

A tramitação destes recursos ocorre por meio de transferências e/ou repasses, que podem ser regulares ou eventuais, conforme o nível de adequação dos municípios e estados em relação às ações previamente pactuadas com as instâncias gestoras do SUS, em consonância com as normas legais vigentes.

Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo” realizadas para estados e municípios pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) ou pelo Fundo Estadual de Saúde (FES) diretamente aos municípios, de forma regular e automática.

Além desses repasses, o Fundo Municipal de Saúde administra a parcela dos recursos de impostos e transferências constitucionais, os chamados recursos próprios que também deverão ser aplicados nas ações e serviços públicos de saúde.

A existência de recursos disponíveis nas três esferas de gestão do SUS também acompanha os desafios para a sua utilização plena. Assim, destaca-se o formato de disponibilidade dos recursos a partir dos blocos de financiamento do Ministério da Saúde (MS) e seus projetos prioritários, bem como as regras para uso dos recursos estaduais e municipais, considerando os sistemas orçamentários e financeiros de ambos.

O Ministério da Saúde repassa os recursos divididos em seis blocos de financiamento, instituídos pela Portaria GM/MS nº 698/2006: Bloco da Atenção Básica, Bloco das Ações de Média e Alta Complexidade, Bloco de Vigilância em Saúde, Bloco de Assistência Farmacêutica Básica, Bloco de Gestão do SUS e Bloco de Investimento. Os recursos de cada bloco devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações e serviços de saúde relacionados ao bloco, conforme art.6º da referida norma.

O Fundo Municipal de Saúde Vitória foi criado pela Lei Municipal nº 3711, de 09/01/1991, com o objetivo de criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas e coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

No período de 2010 a 2013, o município de Vitória aplicou dos seus recursos próprios, percentuais superiores e crescentes ao limite definido na Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, e posteriormente regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, conforme tabela abaixo. Ressalta-se que a Lei Complementar 141/2012 trouxe avanços ao cenário das políticas públicas de saúde, uma vez que estabeleceu o mínimo de recursos, provenientes de tributos específicos, a ser aplicado pelos entes federativos para fins de execução orçamentário-financeira, assim como as despesas relacionadas que podem ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde.

Tabela 25 – Percentuais de aplicação de recursos próprios municipais em Saúde, Vitória/ES, 2010 a 2013.

Item	2010	2011	2012	2013
Recursos Próprios aplicados em Ações e Serviços de Saúde	15,38%	15,75%	16,02%	17,98%

Fonte: SIOPS

Na análise per capita, o município passou de um investimento de R\$ 556,16 por habitante/ano em 2010 para R\$ 751,23 por habitante/ano em 2013, o que representa um incremento de aproximadamente 35,07%, conforme tabela.

Tabela 26 – Evolução do gasto em saúde, por número de habitantes, Vitória/ES, 2010 a 2013.

Item	2010	2011	2012	2013
Despesa Total com ações e serviços de saúde por habitante/ano (em R\$)	556,16	592,96	667,79	751,23

Fonte:: SIOPS

A tabela a seguir demonstra a tendência crescente dos investimentos municipais em saúde em comparação às fontes estadual e federal, evidenciando que o município vem assumindo compromissos cada vez maiores com o SUS.

Tabela 27 – Evolução da Execução orçamentária por fonte de recursos, Vitória/ES, 2010 a 2013.

Ano/Fonte de Recursos	Municipal (em R\$)	Estadual (em R\$)	Federal (em R\$)	Total (em R\$)
2010	144.310.813,64	2.910.913,14	18.958.899,75	166.180.626,53
2011	177.148.026,57	4.467.645,24	28.540.523,90	210.156.195,71
2012	199.894.711,74	1.577.317,45	42.299.522,49	243.771.551,68
2013	201.066.795,22	1.652.220,59	68.782.073,90	271.501.089,71

Fonte: SIOPS

A tabela 25, demonstra a tendência crescente dos investimentos municipais em saúde, de acordo com a natureza da despesa, ressalta-se a evolução com pessoal e encargos sociais. No ano de 2012 foi significativo o crescimento do gasto com

despesa de capital com destaque aos investimentos na informatização da rede SEMUS/Vitória e a implantação do Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar.

Tabela 28 – Evolução da despesa paga, por natureza, Vitória/ES, 2010 a 2013.

Natureza da despesa	2010	2011	2012	2013
Pessoal e Encargos Sociais	120.686.254,28	130.971.350,21	162.150.032,82	183.855.538,05
Outras Despesas Correntes	62.076.002,91	63.955.821,51	59.206.823,39	79.389.919,45
Despesa de Capital	9.331.606,85	15.229.023,99	22.414.695,47	8.255.632,21
Total	192.093.864,04	210.156.195,71	243.771.551,68	271.501.089,71

Fonte: SEMFA/SMAR

O modelo de gestão adotado pelo Município está estruturado em programas, conforme exigência legal. O orçamento contempla as prioridades da gestão, e está distribuído em ações e serviços de saúde que deverão concretizar-se por meio de resultados/ metas, a cada ano. Com isto há o estabelecimento de uma integração entre o Plano Plurianual, Plano Municipal, Programação Anual e a Programação Orçamentária. É por meio da interação entre os Instrumentos de gestão em saúde e os instrumentos de planejamento do município, que se dará a efetividade da política de saúde. Assim, para atingir os seus objetivos e concretizar as necessidades da gestão foi elaborado dentro deste novo modelo o Plano Plurianual para o quadriênio 2014-2017.

Na atualidade, o Município de Vitória vem enfrentando dificuldades financeiras, com perdas significativas na arrecadação, decorrentes da mudança no Fundo de Desenvolvimento das Atividades Portuárias (FUNDAP) e da unificação do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), entre outros fatores.

Diante desse cenário, os desafios do SUS municipal envolvem: o estabelecimento de prioridades na busca da excelência das políticas públicas e bem gerenciar a cidade, com o aumento do nível de satisfação do cidadão, para atingir os resultados e as transformações desejadas, sendo eficiente, eficaz e principalmente efetiva, isto significa “fazer mais com menos” e a implantação de um sistema de custos/efetividade para a avaliação das ações na SEMUS/Vitória, que propiciaria o alcance dos objetivos propostos.

16 APOIO ESTRATÉGICO: INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA

A descentralização no SUS culminou com o deslocamento de atividades e responsabilidades das ações de saúde para o nível municipal, com o repasse de recursos financeiros, baseado em critérios objetivos como os demográficos, os epidemiológicos, e a capacidade de gestão. Portanto, significou uma ampliação e diversificação de atividades e responsabilidades, passando o município a ser um dos principais responsáveis pela prestação direta dos serviços de saúde.

Como qualquer organização produtora de bens e serviços, um prestador de serviços de saúde, público ou privado, pode ser visto como entidade transformadora de recursos, isto é, ela utiliza os recursos físicos (instalações, equipamentos, insumos), humanos e tecnológicos de que dispõe, ou que obtém, para produzir serviços de saúde que, por sua vez são entregues à população.

Nesse sentido a infraestrutura/ logística constitui-se numa área de atuação estratégica para as organizações. A capacidade de sua gestão administrativa é fundamental e propicia os meios necessários à realização das ações e atividades em saúde, pois, por intermédio de um elenco de atividades-meio, há garantia da execução das atividades-fim, de forma oportuna e confiável. O grande desafio posto é prestação de melhores serviços *versus* custos reduzidos, por meio do aumento da eficiência de todos os processos tornando-os, assim, mais efetivos.

A função da Logística na SEMUS/Vitória abrange de forma geral as seguintes atribuições:

- Gestão da logística na prestação do serviço aos usuários;
- Acompanhamento do planejamento e levantamento conjunto da necessidade de aquisição de materiais, bens móveis e imóveis a serem utilizados na atenção à saúde, bem como a respectiva manutenção, funcionalidade e segurança (estrutura físico-predial, materiais e equipamentos, meios de comunicação, zeladoria, lavanderia, vigilância patrimonial, entre outras);
- Gestão administrativa - rotinas de normatização e padronização de materiais para aquisição, como também a gestão dos contratos, convênios e outros instrumentos congêneres celebrados pela SEMUS/Vitória;
- Gestão de insumos - disponibilização de todos os insumos e equipamentos a serem utilizados pela rede SEMUS;
- Gestão de suporte à tecnologia da informática (sistemas de informação) da Rede SEMUS;
- Gestão física do almoxarifado - ação conjunta da central de insumos e setores afins, para aquisição, recebimento, armazenamento, controle da distribuição e movimentação interna de insumos e produtos;
- Gestão do trabalho em saúde.

Na SEMUS/Vitória a Subsecretaria de Apoio Estratégico, composta pelas Gerências de Logística, de Serviço de Apoio à Atenção, de Licitação, de Central de Insumos da Saúde e a do Trabalho em Saúde e as suas respectivas Coordenações, são os setores responsáveis em prover a rede SEMUS dos recursos necessários para o seu funcionamento, de acordo com as normas vigentes e o planejamento dos vários setores e cooperação de técnicos que coordenam e acompanham essas atividades, em parceria conjunta com outras secretarias da municipalidade.

Em relação à infraestrutura, para o aprimoramento do atendimento aos munícipes e da melhoria do ambiente de trabalho para os servidores municipais, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória planejou a construção (obras) de serviços, em cumprimento ao cronograma de investimentos, a exemplo de suas metas:

- Construção de três unidades básica – Fonte Grande, Morro do Quadro e Grande Vitória;
- Adequação do Pronto Atendimento de São Pedro para a modalidade Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Tipo II;

17 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Gestão do Trabalho em Saúde é responsável, fundamentalmente, pela proposição, pelo incentivo, pelo acompanhamento e pela elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, em parceria com a Secretaria de Administração. Trata também da negociação do trabalho em saúde, em parceria com os segmentos do governo e dos trabalhadores, considerando às questões referentes à gestão, regulação e regulamentação do trabalho, buscando efetivar uma política de gestão do trabalho no município (BRASIL, 2009).

A Gestão do Trabalho em saúde busca, responder às questões que envolvem a maneira como os trabalhadores da saúde conseguem existir e interagir com o universo do trabalho. É o espaço que lembra que os trabalhadores da saúde são pessoas, e, portanto permeadas das questões comuns ao cotidiano de todo trabalhador, lidando com a saúde de outras pessoas e buscando garantir que os trabalhadores tenham boas condições de trabalho, contribuindo com o desenvolvimento das pessoas, e com o desenho de um meio ambiente que gere saúde, conforto e tranquilidade para a realização e a continuidade do trabalho (BRASÍLIA, 2005).

Em Vitória essas ações estão sob a responsabilidade da gerência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, tendo sido criada através do Decreto Municipal nº 12.632 /2006, no qual estabelece a forma de organização e regulamenta o funcionamento das unidades administrativas da Secretária de Saúde, definindo atribuições e competências da gestão do trabalho.

No ano de 2005, foi realizado um estudo sobre a necessidade de profissionais para compor o quadro da SEMUS. Este estudo apontou a necessidade de criação de várias vagas pela Câmara Municipal para cargos no setor da saúde e desta forma foi iniciado o processo para realização de concurso público, o qual foi realizado em 2007 contemplando 308 vagas em diversas áreas.

Foi iniciado ainda o processo de discussão do plano de carreira, no mês de janeiro/2006, tendo sido criada uma comissão entre gestores e sindicatos da área de saúde. O plano foi aprovado na Câmara Municipal em 2006 e a Mesa de Negociação Permanente do SUS, foi instalada no ano de 2007.

Nos dias atuais, a Secretária Municipal de Saúde de Vitória conta com os servidores: 89 celetistas, 66 comissionados, 336 contratos temporários por tempo determinado, 45 cedidos por outros órgãos, 2.924 efetivos, setenta e três estagiários, 128 municipalizados e 20 profissionais do Programa Mais Médicos do governo federal, totalizando 3.681 servidores.

Um estudo sobre dimensionamento dos profissionais da SEMUS está em andamento, que deve subsidiar tomada de decisão e nortear as possíveis adequações necessárias à rede SEMUS, a fim de otimizar a capacidade de recursos humanos nos serviços, ampliar a cobertura assistencial e melhorar o seu dimensionamento, considerando a dotação orçamentária prevista para pagamento de pessoal. Além disso, o estudo também irá subsidiar a necessidade de realização de concurso público para ampliação do quadro de servidores, em consonância com a previsão orçamentária.

Tem-se buscando estratégias para implementar a Política Municipal da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, bem como a articulação com a Secretaria Municipal de Administração de Vitória e representantes da Mesa de Negociação do SUS, no processo de revisão do Plano de Carreiras, Cargos e Vencimentos de Vitória (PCCV) e no processo de Avaliação de Desempenho.

A Gerência do Trabalho em Saúde buscará qualificar a gestão do trabalho na Rede SEMUS, procurando manter e ampliar o quadro de servidores de acordo com a necessidade e previsões do Plano Plurianual e Orçamento Anual. Pretende, ainda,

fortalecer a Mesa de Negociação com diversas entidades, e definir ações em conjunto com o Gabinete da SEMUS, Escola Técnica e Formação Profissional em Saúde, Subsecretaria de Tecnologia e Informação e Secretaria Municipal de Administração de Vitória em ações como: PCCV (revisão), sistema de informações integrado, benefícios, capacitações e educação permanente do trabalhador, além da reavaliação conjunta do Programa de Melhoria da Qualidade do Serviço de Saúde do Município de Vitória (PMAQV)/ Incentivo ao Desempenho Variável (IDV).

Quadro 3 – Número de profissionais por local de atuação, Vitória/ES, 2013.

Cargos	Centros de Referência	Unidades Básicas	PSF	PAS	Outros	Nível Central	Total
Médico	73	61	129	124	18	41	446
Nível médio	176	236	932	288	352	263	2.247
Nível superior	136	75	283	75	76	129	774
Outros	13	15	61	0	21	42	152
Total	398	387	1.405	487	467	475	3.619

Fonte: SIGEP/PMV, 2013.

A Educação Permanente no setor saúde é o conceito pedagógico para as relações orgânicas efetuadas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (CECCIM, 2005).

A partir da criação da ETSUS Vitória por meio do Decreto Municipal nº 14.919, de 13 de dezembro de 2010, a escola vem buscando avançar na qualificação dos profissionais de saúde e fortalecer o SUS. Desde 2010, vem organizando a

programação de cursos e eventos de forma ascendente na rede de Serviços da SEMUS. Dentre as atividades realizadas neste período destacam-se a consolidação e qualificação da equipe de profissionais que atuam na ETSUS, a aprovação dos planos de cursos técnicos no Conselho Estadual de Educação do Espírito Santo (CEE-ES), bem como de sua proposta pedagógica e regimento escolar e a busca por parcerias com o estado e com o Ministério da Saúde para operar ações de educação permanente, cursos técnicos e cursos de especialização. Dentre os cursos de especialização realizados em parceria destacam-se os que foram realizados pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, pela UFES e FIOCRUZ.

A Escola foi credenciada, no final de 2013, na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) que é uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde para facilitar a articulação entre as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) e fortalecer a Educação Profissional em Saúde.

A programação da ETSUS contempla projetos prioritários em construção e em execução que abrangerão não só o município de Vitória, como municípios da Região Metropolitana de Saúde e outros do Estado do Espírito Santo.

18 TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

A informação é instrumento essencial para a tomada de decisão e é um produto da integração de dados, de avaliação e da análise que realizamos de uma determinada situação. Na saúde, a informação torna-se um subsídio para o próprio setor, como na administração, na assistência, no controle e avaliação, no orçamento e finanças, no planejamento, na gestão de pessoas, na regulação, na saúde suplementar, no geoprocessamento em saúde e na vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador).

Para melhor expressar o nível de vida da população e situação de saúde são construídos indicadores de saúde são utilizados como instrumentos de mensuração

para o monitoramento, a gestão e a avaliação da situação de saúde (SCHNEIDER, 2013).

No ano de 1992, o Ministério da Saúde tomou a decisão de municipalizar dois importantes Sistemas de Informação em Saúde. O Sistema de Informação sobre Nascimentos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) contribui para a melhoria do diagnóstico em saúde no âmbito dos municípios. Com a reforma administrativa da SEMUS (Lei Municipal nº. 3983/93) as atividades desempenhadas no manuseio destes sistemas ficaram sob a responsabilidade da Divisão de Informações em Saúde.

Atualmente a Coordenação de Informação em Saúde da SEMUS atua Identificação de dados e informações prioritárias considerando critérios epidemiológicos, em todos os níveis gerenciais da rede SEMUS, para subsidiar o processo de planejamento, avaliação e tomada de decisão na gestão do sistema municipal de saúde;

- **Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem-Estar**

O município de Vitória avançou na informatização da sua rede de serviços de saúde, atualmente possui um sistema informatizado próprio de informações, o Sistema de Gestão em Saúde - Rede Bem Estar, instituído na Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Lei Municipal 8.601, de 23 de dezembro de 2013.

Os registros dos dados e informações da rede de serviços do sistema municipal de saúde possuem certificação digital (avanço tecnológico) de acordo com o Decreto Municipal 15.913, de 13 de fevereiro de 2014, regulamentador da Lei Municipal 8.601, de 23 de dezembro de 2013, que estabelece as regras e critérios de distribuição das chaves privadas, certificação e validação jurídica das informações produzidas nos documentos eletrônicos do Sistema Rede Bem-Estar (RBE).

Atualmente, o Sistema Informatizado Rede Bem Estar está implantado no nível central da SEMUS e na totalidade da rede de saúde.

Além da utilização de prontuário eletrônico do paciente (PEP), a Rede Bem Estar possui ainda: as fichas eletrônicas do Pré-natal, da Hipertensão e Diabetes

(Hiperdia), de Notificação Compulsória, dos Resultados de exames de Citopatologia/Histopatologia, do controle da Sífilis, da Tuberculose, do screening do pé diabético, da Notificação da Alta Hospitalar em menores de um ano, dentre outras consideradas importantes fontes de informações em saúde.

O Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem-Estar, além de ser responsável pelos registros em saúde, possui várias funcionalidades como agenda eletrônica, emissão de receitas e solicitações de exames eletrônicas, recebimento de resultados de exames, movimentação de estoque, balanço e solicitação de insumos, tabulação de dados, emissão de relatórios gerenciais e de atestado médico por meio digital, entre outros. É, portanto, um meio de comunicação e um banco de dados e informações entre a rede de serviços da SEMUS.

A regulamentação da utilização do referido sistema informatizado se efetuou por meio da Portaria Municipal SEMUS 025/2014, recentemente publicada em agosto de 2014.

Em virtude da inserção de várias funcionalidades no Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem-Estar se reportarem a um período bem recente, se tornou necessário o início de uma avaliação qualitativa dos dados e informações do referido sistema, envolvendo alguns setores da SEMUS como as Gerências de Regulação, Avaliação e Controle, Atenção à Saúde, Vigilância à Saúde e Coordenação de Informação em Saúde, representados por técnicos que possuem conhecimento dos processos de trabalho da rede de serviços da SEMUS e os sistemas nacionais de informação. Para tanto existe o grupo condutor e câmara técnica para realização permanente de avaliação.

• **Sistema de Avaliação de Atendimento por SMS - mensagem de texto**
(<http://sistemas9.pmv.local/Rede.Bem.Estar/>).

A Prefeitura de Vitória, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implantará o Sistema de Avaliação de Atendimento por SMS - mensagem de texto para buscar o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados ao cidadão a partir de 2014.

O Sistema de Avaliação de Atendimento por SMS - mensagem de texto, consiste

na avaliação do usuário após atendimento na rede de serviços da SEMUS, segundo diretrizes e critérios estabelecidos para análise pelo setor de Avaliação da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação.

No “encerramento” do atendimento realizado pelo profissional de saúde no Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar, será emitido automaticamente um SMS para usuário (o uso da tecnologia Mobile Originated) para a avaliação da prestação de serviços, o qual responderá por mensagem de texto, pontuando de zero a dez a nota para o atendimento, cuja resposta será transmitida à Rede Bem Estar.

Inicialmente a implantação se efetuará nos prontos-atendimentos e Centros Municipal de Especialidades (CME) para posterior ampliação para os demais serviços da SEMUS.

O monitoramento das avaliações nas unidades de saúde será de competência dos diretores de unidades e no nível central da SEMUS ficarão a cargo do setor de Avaliação da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação, que fará a avaliação geral das informações obtidas por meio do sistema e elaborará relatórios para conhecimento dos gestores municipais.

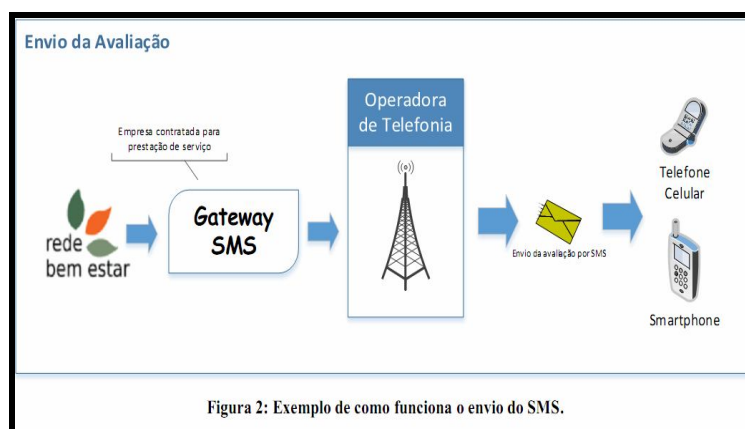


Figura 4 – Esquema ilustrativo do funcionamento do envio do SMS, Vitória/ES
Fonte: SEMUS/SEMFA/SUBTI

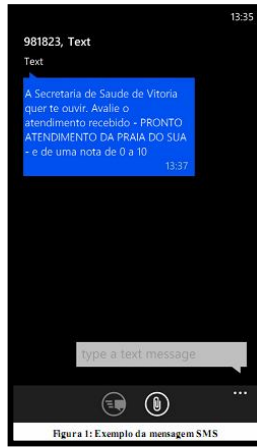


Figura 1: Exemplo da mensagem SMS

Figura 5 – Ilustração da tela do celular no recebimento do SMS, Vitória/ES

Fonte: SEMUS/SEMFA/SUBTI

- **Sistema Kulex.net** (<http://sistemas9.pmv.local/Rede.Bem.Estar/>)

Sistema desenvolvido para dispositivos móveis (PDA, Smartphone e outros), utilizados pelos agentes de controle de endemias e agentes comunitários de saúde, que tem como objetivo a substituição das planilhas em papéis por planilhas eletrônicas (caixa de mensagens, ficha de produção e SSA 2). Atualmente, o sistema está sendo utilizado no controle do mosquito Kulex pelo Centro de Vigilância em Saúde Ambiental (CVSA).



Figura 6 – Ilustração da tela do celular sistema Kulex.net, Vitória/ES

Fonte: SEMUS/SEMFA/SUBTI

- **Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) do Ministério da Saúde**

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde foi instituído pela Portaria GM/MS nº 35 de 4 de janeiro de 2007. Ação nacional cujo objetivo principal é a melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica no SUS, propiciando a integração ensino-serviço.

O Telessaúde utiliza ferramentas da tecnologia da informação para executar a Teleassistência e a Teleducação. A Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, redefiniu e ampliou (Telessaúde Brasil Redes) disponibilizando os serviços de Teleconsultoria, Telediagnóstico, Segunda opinião formativa e Tele-educação para os profissionais e trabalhadores das redes de atenção no SUS. A integração da equipes da atenção básica se realiza por meio de pontos de atendimento denominados Ponto de Telessaúde.

No Estado do Espírito Santo é desenvolvido em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SESA/ES), a Universidade Federal do E.Santo (UFES) e o Instituto Federal do E.Santo (IFES).

A SEMUS/Vitória está em processo de adesão ao Telessaúde Brasil Redes. A programação inicial de credenciamento contemplará as unidades básicas de saúde: Bairro da Penha, Grande Vitória, Maruípe, Resistência, Santa Luiza e Vitória, com possibilidade de expansão para outras unidades. O acesso às funcionalidades do Telessaúde Brasil Redes se efetuará por meio do Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (<http://sistemas9.pmv.local/Rede.Bem.Estar/>).

Essa adesão contribuirá na resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família na atenção básica do município, otimizando os recursos disponíveis, reduzindo custos do sistema público de saúde, promovendo a inclusão digital dos profissionais de saúde e diminuindo a necessidade de referência dos usuários para serviços de saúde de maior complexidade.

19 AUDITORIA

A Auditoria é uma função de gestão para o fortalecimento do SUS, contribui para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

O processo de trabalho de auditoria no SUS é muito complexo. Usa técnicas apropriadas de análise e verificação operativa *in loco*, com o objetivo de observar, examinar e mensurar se uma atividade ou fato está adequado aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes. Além disso, determina se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria, por meio de análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços em conformidade com a necessidade requerida (BRASIL. 2011, p. 21 a 26 a). Para isso, requer grande diversidade de dados e informações, que necessitam ser pesquisados, trabalhados, correlacionados e interpretados com propriedade, pois muitos interesses e responsabilidades estão envolvidos.

A Gerência de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde está vinculada ao Gabinete do Secretário, com atribuição de assessorar o gestor do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município e de auditar os serviços da Secretaria Municipal de Saúde, entidades prestadoras de serviços de saúde, conveniadas e contratadas, além de outras atribuições elencadas no Decreto Municipal 12.062/2006.

Em 2006, o Pacto de Gestão, inserido no documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, fortaleceu as ações de auditoria com definições de ações no Termo de Compromisso de Gestão, incluindo iniciativas de financiamento para os componentes da gestão do SUS.

No período de 2010 a 2013 a gerência de Auditoria realizou as seguintes ações, conforme tabela a seguir.

Tabela 29 – Auditoria programadas, instauradas e concluídas, Vitória/ES, 2010 a 2013.

Auditorias	2010	2011	2012	2013	Total
Programadas	4	4	4	4	16
Instauradas	6	4	4	6	20
Concluídas	6	4	4	6	20

Fonte: SEMUS/Gerência de Auditoria

O setor se propõe a realizar uma auditoria/ano do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), monitorar 03 (três) relatórios/ano da aplicação dos recursos financeiros na saúde, realizar 100% das auditorias programadas, monitorar 100% das auditorias realizadas, capacitar a equipe técnica de auditores em relação aos Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SRBE) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e viabilizar a atualização da equipe nas áreas da auditoria em saúde e aperfeiçoamento em informática.

20 OUVIDORIA

A Ouvidoria do SUS é a instância que escuta, acolhe, analisa e encaminha as demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde. É um mecanismo institucional de participação social, que contempla as manifestações individuais do cidadão e atribui transparência às ações da saúde, dentro do conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão, visando maior eficácia, eficiência e efetividade, com vistas a contemplar a melhoria da atenção à saúde da população, conforme determinação governamental e das Conferências Nacionais de Saúde.

Atualmente, a Ouvidoria do SUS municipal disponibiliza diversos canais de comunicação para que o cidadão se manifeste, considerando à diversidade característica do nosso País e buscando facilitar o acesso por parte de toda a população. Entre as formas de contato com a Ouvidoria o usuário pode realizar o envio de e-mails, acessar a ferramenta via Web (www.vitoria.es.gov.br) de

manifestação direta ou ainda por meio do atendimento telefônico através do 156 “Fala Vitória” e do telefone 3223-4804.

A implantação da Ouvidoria na SEMUS/Vitória foi planejada no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 e todos os objetivos estabelecidos foram plenamente alcançados.

Atualmente, a Ouvidoria conta com três funcionários e o Ouvidor Geral do SUS, além de toda estrutura informatizada com equipamentos cedidos pelo Ministério da Saúde.

As proposições do setor para o período 2014-2017 são: acolher, analisar e responder 100% das demandas recebidas pela Ouvidoria, realizar reunião semestral com a equipe da ouvidoria em 100% das regiões de saúde, fortalecer as informações sobre a Ouvidoria do SUS nos 39 conselhos locais de saúde.

21 CONTROLE SOCIAL

A participação do Controle Social é fundamental para o monitoramento e a avaliação do SUS. O controle social é exercido por meio dos Conselhos de Saúde, órgãos colegiados previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, que se cumpre à função de representação da sociedade no controle da política pública em Saúde. É instância deliberativa no âmbito do planejamento em saúde, bem como tem papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação de contas das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, deve ter assegurada à estrutura e capacidade operacional adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, da Constituição Federal, das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990), o Sistema Único de Saúde surgiu como uma estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade, com atuação na formulação e no controle das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2008).

Entende-se como “Controle Social” a participação do usuário no controle e avaliação das políticas e ações de saúde. Os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde são os conselhos de saúde (Wendhausen, & Caponi, 2002).

Segundo a Lei 8.142/90 (art. 1, §1º), o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

O Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) criado por meio do Artigo 184 da Lei Orgânica do Município e regulamentado pelas leis municipais: nº. 6.606, de 05 de junho de 2006, nº. 7.867, de 21 de dezembro de 2009, nº. 7.991, de 13 de setembro de 2010, bem como suas prerrogativas regimentais foram estabelecidas na Resolução CMS nº 156, de 18 de setembro de 2012, na qual institui a responsabilidade de atuar na execução e formulação do controle social no município.

O município é visto como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade, pois a articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde (BRASIL, 2008).

O atual Conselho Municipal de Saúde foi instituído pelo Decreto Municipal nº 15.457/2012, conta com 32 membros representativos estabelecidos, conforme a Resolução CMS nº 453, de 10 de maio de 2012.

O Município de Vitória possui atualmente 29 conselhos locais de saúde, atuando nos territórios de abrangência das unidades de saúde, regulamentados pela Lei Municipal Nº. 6606 (PMV, 2006), composto pelas entidades representativas dos usuários, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e da gestão.

A atuação dos conselheiros locais de saúde tem contribuído no desenvolvimento das ações e serviços de saúde no município, aproximando o cidadão da atenção básica. Configura-se como um instrumento de grande importância no fortalecimento da democracia participativa e no efetivo controle social no SUS.

As proposições da gestão participativa e compartilhada do SUS municipal para 2014-2017 são: acompanhar e assessorar 100% dos conselhos locais de saúde, realizar dois cursos para os membros do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) e conselheiros locais de saúde realizar três Conferências Municipais de Saúde, realizar um fórum e dois seminários com temáticas de políticas de saúde, promover a participação de representantes do CMSV em 100% dos eventos ofertados pelas diversas instâncias de controle social, fortalecer o CMSV.

22 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

Os Objetivos expressam o que se pretende na superação, eliminação ou controle dos problemas identificados. As Diretrizes indicam as linhas de ação. E as Metas concretizam os objetivos quantificando e indicando as ações para o período de quatro anos:

DIRETRIZ 1	GARANTIA À POPULAÇÃO DE SERVIÇOS COM QUALIDADE, EQUIDADE EM ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE, MEDIANTE APRIMORAMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE.
-------------------	---

OBJETIVO 1.1 – Ampliar o acesso da população a serviços de Atenção Básica e Especializada com qualidade, equidade e em tempo oportuno ao atendimento das necessidades de saúde.

METAS

- Implantar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Implantar a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde da Família (EACS) em 01 (uma) Unidade Básica de Saúde (UBS).
- Implantar 17 (dezesete) novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- Ofertar 04 (quatro) novas especialidades odontológicas na Rede SEMUS.
- Implantar o horário estendido em 02 (duas) Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Reorganizar o funcionamento do horário estendido nas 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS) que estão com o horário estendido implantado.
- Ampliar em 20% a oferta de consultas e exames de média e alta complexidade ambulatorial.
- Ampliar o horário de funcionamento do Serviço de Atendimento as Pessoas em Situação de Violência de Vitória (SASVV) até às 19h.

- Implementar ações de Práticas Integrativas e Complementares em 100% das Regiões de Saúde.
- Reorganizar o Apoio Matricial nas áreas estratégicas da Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde da Mulher e DST em 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Ampliar o Apoio Matricial em mais 03 (três) áreas estratégicas.
- Implementar o processo de Classificação de Risco das Famílias em 100% dos territórios de saúde com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)/Estratégia Saúde da Família (ESF).
- Ampliar de 20 (vinte) para 29 (vinte e nove) o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com técnico esportivo inserido na equipe.
- Contratualizar 49 (quarenta e nove) Equipes de Atenção Básica no Programa Saúde na Escola (PSE).
- Ampliar as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) de 34 (trinta e quatro) para 49 (quarenta e nove) Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) da Rede Pública.
- Ampliar as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) de 80% para 100% dos alunos das Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) da Rede Pública.
- Ampliar a cobertura da atenção ao tabagista para 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Ampliar a atenção à saúde do adolescente na faixa etária de 10 a 14 anos em 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Atingir cobertura $\geq 83\%$ de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) na Saúde.
- Implementar ações voltadas às populações de maior vulnerabilidade (População LGBTT, População Negra, Pessoa com Deficiência) em 100% das Regiões de Saúde.
- Ofertar atenção integral às Pessoas Vivendo com HIV/Aids, Hepatites Virais e outras DST diagnosticadas no nosso Município
- Certificar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em 10 (dez) Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Implantar 16 (dezesesseis) Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).
- Otimizar em 100% a capacidade instalada do Laboratório Central Municipal.
- Implementar em 100% as ações das equipes de Consultório na Rua nos campos de atuação.
- Realizar 02 (duas) ações anualmente em atenção à saúde do homem em 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

- Publicar e lançar um (1) Manual de Orientações Técnicas para a Coleta de Exames Laboratoriais.
- Acreditar o Laboratório Central Municipal através do Sistema de Gestão da Qualidade.
- Monitorar 100% das solicitações encaminhadas a Gerência da Central de Insumos da Saúde (GCIS) pelos serviços da Rede SEMUS.
- Realizar 100% das visitas programadas aos serviços da Rede SEMUS pela equipe da Gerência da Central de Insumos da Saúde (GCIS).

OBJETIVO 1.2 – Garantir todos os meios necessários de infraestrutura para o pleno funcionamento de toda rede de serviços da SEMUS.

METAS

- Instituir 100% dos contratos necessários para funcionamento da Rede SEMUS.
- Acompanhar 100% dos Contratos e Convênios necessários para o funcionamento da Rede SEMUS.
- Construir 03 (três) Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Adequar às instalações físicas do Laboratório Central Municipal (LCM).
- Elaborar estudo de necessidades para definir o conceito, os objetivos e o projeto de uma Central de Insumos da SEMUS.
- Construir 01 (uma) Central de Insumos.
- Implantar 100% dos módulos programados da Rede Bem Estar (RBE).

OBJETIVO 1.3 – Realizar a inspeção em estabelecimentos de interesse à saúde do Grupo II, conforme pactuação estabelecida na Portaria Estadual nº 026R, de 04/03/2009.

METAS

- Inspecionar 100% dos serviços de diagnóstico por método óptico (endoscopia e outros exames análogos) no município de Vitória.
- Inspecionar 100% dos serviços de atividade de fornecimento de infraestrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio no município de Vitória.

OBJETIVO 1.4 – Assumir progressivamente a Vigilância Sanitária dos estabelecimentos de interesse à saúde do Grupo III estabelecidos em Portaria Estadual nº 026R, de 04/03/2009, à medida de sua contratualização pela SEMUS no âmbito do Comando Único.

METAS

- Inspecionar 100% dos estabelecimentos de interesse à saúde, constantes do Grupo III da Portaria Estadual nº 026-R, de 04/03/2009, contratualizados pela SEMUS no âmbito do Comando Único.
- Elaborar 100% dos roteiros de inspeção sanitária dos estabelecimentos de interesse à saúde do Grupo III.

OBJETIVO 1.5 – Estabelecer sistemática de educação continuada com a população e os setores produtivos com vistas à realização de ações que permitam otimizar o controle, o monitoramento, a normatização e a fiscalização de bens, produtos e serviços de interesse à saúde do cidadão.

METAS

- Realizar 100 (cem) ações de educação em saúde para o setor regulado nas diversas áreas de atuação da Vigilância Sanitária.

- Dialogar com o Conselho Municipal de Saúde (CMSV) e com 100% dos Conselhos Locais de Saúde sobre Vigilância Sanitária, com base nas especificidades sanitárias locais.

DIRETRIZ 2

QUALIFICAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO COMPARTILHADA COM CENTRALIDADE NA GARANTIA DO ACESSO, GESTÃO PARTICIPATIVA COM FOCO EM RESULTADOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

OBJETIVO 2.1 – Fortalecer a gestão democrática do SUS, ampliando a participação social na formulação e no controle da execução da política municipal de saúde.

METAS

- Acompanhar e assessorar 100% dos Conselhos Locais de Saúde.
- Realizar 02 (dois) cursos para os membros do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) e Conselheiros Locais de Saúde.
- Realizar 03 (três) Conferências Municipais de Saúde.
- Realizar 01 (um) Fórum e 02 (dois) Seminário com temáticas de políticas de saúde.
- Promover a participação de representantes do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) em 100% dos eventos ofertados pelas diversas instâncias de controle social.
- Fortalecer o Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV).
- Acolher, analisar e responder 100% das demandas recebidas pela Ouvidoria.
- Realizar 01 (uma) reunião semestral com a equipe da ouvidoria em 100% das Regiões de Saúde.
- Fortalecer as informações sobre a Ouvidoria do SUS nos 39 (trinta e nove) Conselhos Locais de Saúde.
- Realizar 100% das ações de comunicação/publicidade programadas para a SEMUS.

DIRETRIZ 3	REGULAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS QUE COMPÕEM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, EM TEMPO ADEQUADO EM ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO, MEDIANTE APRIMORAMENTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.
-------------------	--

OBJETIVO 3.1 – Assumir progressivamente a regulação dos serviços a partir do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) e Comando Único.

- METAS**
- Pactuar a regulação do acesso aos serviços contratados no âmbito do Município com vistas ao COAP e Comando Único.
 - Ampliar a equipe técnica de regulação com ingresso de 03 profissionais.

OBJETIVO 3.2 – Qualificar o processo de regulação assistencial como estratégia para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde.

- METAS**
- Realizar visitas técnicas em 100% da rede própria, com vistas à adoção de protocolos de regulação.
 - Monitorar tempo de espera entre a solicitação e o agendamento de consulta especializada, sob gestão do Município.
 - Implementar a regulação da assistência à saúde em 100% dos serviços da Rede SEMUS.

DIRETRIZ 4	MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL COM VISTAS AO FORTALECIMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE IMPLANTADA NO MUNICÍPIO.
-------------------	--

OBJETIVO 4.1 – Reestruturar o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria.

META

- Ampliar a equipe técnica de auditoria com o ingresso de 08 (oito) profissionais.

OBJETIVO 4.2 – Implementar e fortalecer as ações de auditoria do SUS no âmbito da gestão municipal, para o alcance da eficiência e qualidade na prestação de serviços.

METAS

- Realizar 01 (uma) auditoria/ano do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).
- Monitorar 03 (três) relatórios/ano da aplicação dos recursos financeiros na saúde.
- Realizar 100% das auditorias programadas.
- Monitorar 100% das auditorias realizadas.
- Promover 01 (uma) pesquisa anual de satisfação do usuário dos Serviços da Rede SEMUS.

OBJETIVO 4.3 – Implementar e fortalecer as ações de controle, avaliação e auditoria.

METAS

- Ampliar a equipe técnica de controle e avaliação com o ingresso de 07 profissionais.
- Realizar estudo da capacidade instalada em 100% dos serviços da Rede SEMUS.
- Monitorar as ações executadas em 100% dos serviços contratados.
- Cadastrar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) 100% dos serviços novos contratados.
- Monitorar quadrimestralmente a execução da Programação Pactuada e Integrada (PPI).
- Avaliar o registro das ações/procedimentos produzidos nos serviços da Rede SEMUS, em relação à capacidade instalada de cada serviço.

DIRETRIZ 5

FINANCIAMENTO E PLANEJAMENTO DE FORMA INTEGRADA COM PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, ORDENADA DE ACORDO COM A DEFINIÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE EM CONSONÂNCIA COM AS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DE GOVERNO.

OBJETIVO 5.1 – Fortalecer as ações de pactuação e captação de recursos em articulação com os municípios e as esferas de governo competentes.

METAS

- Elaborar projetos para captação de recursos para as áreas prioritárias de governo.
- Implantar 01 (um) sistema de custo para avaliação das ações.
- Credenciar ações e serviços junto ao Estado e União para o desenvolvimento de Projetos e Programas.

- Pactuar nas instâncias colegiadas o co-financiamento de 100% dos serviços que integrarão as Redes de Atenção à Saúde.

OBJETIVO 5.2 – Reestruturar a Coordenação de Informações em Saúde (CIS) para viabilizar a adequada utilização e disseminação das informações de saúde e georreferenciamento no planejamento das ações de atenção à saúde.

METAS

- Implantar a sala de situação em saúde e o painel de monitoramento dos indicadores de saúde no setor, incluindo o georreferenciamento.
- Identificar 100% dos dados e informações prioritárias considerando critérios epidemiológicos, em todos os níveis gerenciais da rede SEMUS, para subsidiar o processo de planejamento, avaliação e tomada de decisão na gestão do sistema municipal de saúde.
- Constituir um colegiado técnico representativo, responsável pela elaboração de medidas que visem à melhoria da qualidade das informações em saúde atendendo as necessidades prioritárias da instituição e obrigações inerentes à gestão do SUS.

DIRETRIZ 6	PROMOÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FOCO NA CONTRIBUIÇÃO À ADEQUADA FORMAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO, VALORIZAÇÃO E INCENTIVO AO DESEMPENHO, ASSIM COMO A DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.
-------------------	--

OBJETIVO 6.1 – Qualificar a gestão do trabalho na Rede SEMUS.

METAS

- Elaborar e implantar a Política Municipal da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
- Elaborar e implantar a Política da Saúde do Trabalhador da Rede SEMUS.
- Manter e ampliar o quadro de servidores de acordo com a necessidade e previsões do Plano Pluri Anual e Orçamento Anual.

OBJETIVO 6.2 – Fortalecer os processos educativos em saúde e a integração ensino e serviço, visando atender a demanda de formação de todos os atores envolvidos no campo da saúde, qualificando-os para a produção de um cuidado integral.

METAS

- Executar 100% dos projetos de formação e capacitação a partir do planejamento ascendente que promovam a qualificação dos trabalhadores da saúde.
- Promover cursos de formação profissional técnica e de aperfeiçoamento para os trabalhadores de nível médio da saúde para 100% dos municípios do Estado do Espírito Santo (ES), a partir do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)
- Implantar em 100% da Rede SEMUS a teleducação por meio do Telessaúde de forma a apoiar os profissionais de saúde na sua prática clínica, por meio de teleconsultorias e telediagnóstico.
- Fazer adesão a 50% dos projetos relacionados ao movimento estudantil da área de saúde – VER-SUS.
- Participar em 100% com instituições parceiras do credenciamento aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional de Saúde considerando a capacidade instalada de cada serviço.
- Fazer adesão em 100% em conjunto com as instituições de Ensino superior aos editais do MS relacionados aos Projetos do Pró e Pet Saúde (Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde).

OBJETIVO 6.3 – Humanizar as relações e os processos de atenção e gestão em saúde

objetivando a melhoria na qualidade do atendimento.

METAS

- Apoiar em 100% os serviços de saúde na construção de um plano de ação para o enfrentamento dos problemas relacionados ao atendimento ao usuário.
- Trabalhar a ambiência física em 100% dos serviços da Rede SEMUS.
- Qualificar os processos de trabalho por meio do apoio institucional em 100% dos serviços e fortalecer a co-gestão através do pleno funcionamento dos colegiados (local, apoio institucional, e o nível central).

DIRETRIZ 7	QUALIFICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA APERFEIÇOAMENTO DAS AÇÕES E MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS.
-------------------	--

OBJETIVO 7.1 – Fortalecer o processo de trabalho na saúde.

METAS

- Reavaliar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Serviço de Saúde do Município de Vitória (PMAQV)/ Incentivo ao Desempenho Variável (IDV).
- Rever em conjunto com a Secretaria Municipal de Administração de Vitória (SEMAD) o processo de avaliação de desempenho relacionado ao Plano de Carreiras, Cargos e Vencimentos de Vitória (PCCV) da saúde.

DIRETRIZ 8	PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL DO CIDADÃO EM CONSONÂNCIA COM AS LINHAS DE CUIDADO COM ÊNFASE NAS ÁREAS E POPULAÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE.
-------------------	--

OBJETIVO 8.1 Implementar a atenção integral à saúde da mulher, da criança com ênfase na atenção ao pré-natal, parto, nascimento, puerpério, criança de zero a dois anos, direitos sexuais e reprodutivos e paternidade responsável.

METAS

- Reduzir a mortalidade infantil de 9,55/1.000 nascidos vivos (NV) para 9,0/1.000 nascidos vivos (NV).
- Reduzir a mortalidade materna de 5 (cinco) óbitos para 2 (dois) óbitos por causas evitáveis
- Reduzir a taxa de incidência da Sífilis Congênita de 8/1.000 nascidos vivos (NV) para 7/1.000 nascidos vivos (NV).
- Reduzir de 13,38% para 11,88% a taxa de gravidez na adolescência.
- Reduzir de 42,5% para 35% a taxa de cesarianas de municípios de Vitória na maternidade de referência para parto de risco habitual.
- Vincular 100% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL WEB à maternidade de referência - risco habitual ou alto risco.
- Assumir a gestão da maternidade de referência para risco habitual.
- Implantar 01 (um) Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher.

OBJETIVO 8.2 Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.

METAS

- Ampliar de 0,59 para 0,75 a cobertura de exames citopatológicos de colo de útero na população feminina de 25 a 64 anos de idade.
- Ampliar de 0,23 para 0,26 a cobertura de mamografias na população feminina de 50 a 69 anos de idade.

DIRETRIZ 9

GARANTIA DA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA PESSOA IDOSA E DOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS, COM ESTÍMULO AO ENVELHECIMENTO ATIVO E FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO.

OBJETIVO 9.1 Garantir a atenção integral da pessoa idosa com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde.

METAS

- Realizar ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável em 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Implantar em 20 (vinte) Unidades Básicas de Saúde (UBS) ações de rastreio precoce de doenças que comprometam a independência e autonomia da pessoa idosa.
- Implementar em 20 (vinte) Unidades Básicas de Saúde (UBS) ações de Apoio a Cuidadores de Idosos.
- Reduzir em 2% a mortalidade prematura (<70 anos) pelas principais causas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

OBJETIVO 9.2 – Fortalecer a atenção integral as pessoas com doenças crônicas com ênfase nas ações da atenção básica com estímulo às ações de prevenção e promoção da saúde.

METAS

- Ampliar em 20% o número de atendimentos do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) para as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.
- Desenvolver ações do plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em 100% da Rede SEMUS.

DIRETRIZ 10	FORTALECIMENTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NO ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK E OUTRAS DROGAS.
--------------------	---

OBJETIVO 10.1 Estruturar o componente municipal da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para o atendimento de usuários com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

METAS

- Atender 100% das demandas encaminhadas pelas equipes do Consultório na Rua para os serviços da Rede SEMUS.
- Implantar 01 (uma) Unidade de Acolhimento adulto para usuários de álcool e drogas.
- Ampliar 01 (um) Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

DIRETRIZ 11	APRIMORAMENTO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS, COM REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO, ARTICULADA À REDE DE ATENÇÃO.
--------------------	--

OBJETIVO 11.1 – Fortalecer/implementar a rede de atenção às urgências com foco na resolutividade e articulação com a rede Estadual

METAS

- Adequar 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Referência (CR) para o primeiro atendimento de urgência e emergência.
- Implementar 01 (um) serviço laboratorial de urgência e emergência dentro do Laboratório Central Municipal.

- Implementar o serviço de atendimento móvel às urgências básicas de acordo com parâmetros estabelecidos em protocolos atendendo 100% das demandas da Rede SEMUS.
- Implantar serviço de notificação contínua da violência doméstica e sexual e/ou outras violências em 04 (quatro) unidades da Rede Hospitalar no município de Vitória.

OBJETIVO 11.2 – Reestruturar os Serviços de Pronto Atendimento do Município articulado com a rede de atenção.

METAS

- Construir 01 (uma) Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
- Adequar o Pronto Atendimento de São Pedro na modalidade Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

OBJETIVO 11.3 – Implementar as ações de Vigilância Sanitária, com foco nos serviços de remoção de pacientes em articulação com o Estado.

META

- Inspeccionar 100% dos serviços de remoção de pacientes no âmbito municipal.

DIRETRIZ 12

ESTABELECIMENTO DE UMA LINHA DE ATENDIMENTO EFICIENTE ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO RELATIVAS AOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL, MEDIANTE A ORGANIZAÇÃO DE FLUXOS DE REFERENCIAMENTO DO CIDADÃO PARA ACESSO AOS ATENDIMENTOS/ PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

METAS

- Implantar 100% do Protocolo de Regulação na Rede Bem Estar (RBE).
- Elaborar e instituir instruções normativas para regulamentar os fluxos da Regulação Assistencial.

DIRETRIZ 13

FORTALECIMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE COM VISTAS A AMPLIAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS DE QUALIDADE, SEGUROS E EFICAZES, BEM COMO PROMOVER O SEU USO RACIONAL.

OBJETIVO 13.1 – Promover o uso racional de medicamentos junto aos profissionais de saúde e à população

METAS

- Revisar e publicar o Memento Terapêutico e as Diretrizes Municipais para o uso racional do elenco municipal de medicamentos essenciais.
- Elaborar e publicar normalização municipal para fracionamento dos medicamentos dispensados à população, conforme necessidade local.
- Implantar, sistematicamente, o segmento farmacoterapêutico na consulta farmacêutica e na visita domiciliar em 100% da Rede Básica.

OBJETIVO 13.2 – Garantir o desenvolvimento das atividades do ciclo da assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação).

METAS

- Ofertar medicamentos alopáticos, fitoterápicos, manipulados homeopáticos e alopáticos, hidrolisado protéico e produtos para a saúde específicos, para 100% da Rede SEMUS.
- Garantir o funcionamento da Farmácia Popular do Brasil.
- Implantar a Farmácia Cidadã de Vitória por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

DIRETRIZ 14

REDUÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

OBJETIVO 14.1 – Reduzir os riscos e agravos à saúde por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

METAS

- Realizar exames anti-HIV em 90% dos casos novos de tuberculose.
- Monitorar a situação epidemiológica de saúde dos idosos institucionalizados em 100% das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI).
- Eliminar a produção de resíduos químicos em 100% dos serviços com Rx odontológico na Rede SEMUS.

OBJETIVO 14.2 – Implementar as ações de promoção da saúde, com ênfase nas áreas e segmentos populacionais vulneráveis, fortalecendo as ações intersetoriais nos diversos espaços públicos.

METAS

- Ampliar a oferta de atendimento noturno do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) de 13 (treze) para 16 (dezesesseis) módulos.
- Implantar ações de orientação alimentar e nutricional em 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Implementar ações de promoção da saúde voltadas ao controle do tabagismo no município em 52 (cinquenta e duas) Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) da Rede Municipal cobertas pelo Programa Saúde na Escola (PSE).
- Realizar ações coletivas de promoção de Saúde Bucal para 8,5% da população do Município.
- Implementar e fortalecer o Programa Saúde na Escola (PSE), como estratégia para prevenção e promoção da saúde dos escolares em 100% das Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) e dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) da Rede Municipal de Vitória.

OBJETIVO 14.3 – Monitorar a morbimortalidade por causas externas para subsidiar a elaboração de políticas públicas.

METAS

- Monitorar 100% dos acidentes fatais por alcoolemia.
- Monitorar 100% dos acidentes graves de trânsito.
- Aumentar em 5% o número de notificações de violência doméstica, sexual e outras violências registradas no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em relação ao ano anterior.

OBJETIVO 14.4 – Promover ações de biossegurança nos serviços de assistência em saúde para a prevenção e controle de infecção.

METAS

- Desenvolver ações de prevenção e controle de infecção em 100% dos serviços da Rede SEMUS.
- Monitorar as ações de prevenção e controle de infecção em 100% dos serviços da rede hospitalar.

OBJETIVO 14.5 – Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador no município de Vitória.

METAS

- Aumentar anualmente em 10% a notificação de doenças ou Agravos Relacionados ao Trabalho na Rede SEMUS em relação ao ano anterior.
- Investigar 40% dos Acidentes de Trabalho Típicos Fatais notificados, ocorridos no município de Vitória.

OBJETIVO 14.6 – Fortalecer as ações de Vigilância e Controle de Zoonoses, doenças transmitidas por vetores e acidentes provocados por animais sinantrópicos.

METAS

- Realizar 80% de visitas domiciliares nos imóveis cadastrados no Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue (SISFAD), em cada ciclo, em um total de 04 (quatro) ciclos.
- Supervisionar semanalmente 100% dos Agentes de Combate a Endemias (ACE).
- Reduzir de 26% para 15% a proporção de armadilhas com mais de 03 (três) espécimes de *Culex sp.* coletados.
- Atingir 80% de cobertura vacinal na campanha antirrábica anual.

- Observar 80% dos animais agressores (cães e gatos) notificados.

OBJETIVO 14.7 – Fortalecer as ações de Educação em Saúde Ambiental e Mobilização Social.

METAS

- Realizar 02 (duas) ações anualmente de Educação em Saúde Ambiental em 100% dos Territórios de Saúde.

OBJETIVO 14.8 – Promover a melhoria da qualidade ambiental urbana.

METAS

- Ampliar de 60% para 90% o número de animais do Centro de Vigilância em Saúde Ambiental (CVSA) recuperados, reabilitados e reinseridos na sociedade, visando o bem estar animal.

OBJETIVO 14.9 – Fortalecer as ações de vigilância dos fatores de risco não biológicos.

METAS

- Investigar 40% das áreas cadastradas e potencialmente contaminadas.

- Emitir relatórios do “risco atmosférico” em 75% das análises de biomonitoramento.

23 BIBLIOGRAFIA

AGUILAR, M. J Et all. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ANDRADE, L. O. **SUS passo a passo - normas, gestão e financiamento**, São Paulo-Sobral, editora Hucitec-editora UVA, 2001.

ANDRADE et al. In: CAMPOS, GWS. et al. 2009, p. 804).

BRASIL. Boletim de Saúde de Fortaleza, **Sala de Situação**; Ano IV, nº 1, janeiro-março, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Conass n.º 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p.54.

BRASIL. Ministério da Saúde, OPAS - **Sistema de Planejamento do SUS** (PlanejaSUS) uma construção coletiva – Trajetória e orientações de operacionalização. Brasília DF, 2009.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

BRASIL. **Regionalização da Assistência à Saúde**: Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 12527, de 18 de novembro de 2011. **Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do artigo 5º** e dá outras providências. Diário Oficial da União, 18 de novembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 2 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva: instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde**. Consolidação do SUS. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf. Acesso em: 2 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.101 de 12/06/2002**, <http://www.saude.gov.br/sas/gab02/gab02.htm>. acessada em: 2 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 35 de 4 de janeiro de 2007**, Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde (revogada).http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035_04_01_2007.html . acessada em: 2 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1052, de 8 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária**. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria_1052_08_05_2007.pdf. Acesso em: 2 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. acessada em: 2 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do GM/MS n.º 342 de 04/03/2013 Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html acessada em: 2 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 104 de 15/01/2014**. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html. acessada em: 16 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. ESPÍRITO SANTO. Comissão Intergestores Bipartite (ES). **Resolução nº 219**, de 19 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/default.asp>. Acesso em: 7 mar. 2014.

BUENO, H e Costa, L.J.R. **Sala de Situação de Saúde**. Versão 1.0; Brasília-DF, Rede Interagencial de Informações para Saúde - RIPSAs; julho/2002. Publicação em CD-ROM.

CARVALHO, A. O. e EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Série Saúde & Cidadania.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2014.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Plano Estadual de Saúde. 2012-2015.

GONDIM Et all. **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**. Disponível em http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf. Acesso em 15/07/2014.

MENDES, E.V – **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília DF, 2ª Edição 2011.

MENDES, EV. **Distrito Sanitário: O Processo social e mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.1993

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Relatório de Situação do ES, SNVS, 201.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Guia de Vigilância Epidemiológica, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OPAS/OMS. **Representação do Brasil- A saúde no Brasil** - Brasília: 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Planejamento Estratégico 2013-2016**.

PREFEITURA MUNICIPAL de VITÓRIA. Vitória em dados. **Apresenta regiões administrativas de Vitória**. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp>>. Acesso em: 2 jan. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Decreto 15.489, de 10 de setembro de 2012.** Estabelece a forma de organização e regulamenta o funcionamento das unidades administrativas da Secretaria de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2012/D15489.PDF>. Acesso em: 31 jan. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Lei Municipal nº 4424, de 10 de abril de 1997.** Disponível em: <http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/1997/L4424.PDF>. Acesso em: 31 jan. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Lei Municipal nº 8611, de 30 de dezembro de 2013.** Altera o artigo 2º da Lei 6077, de 30 de dezembro de 2003. Diário Oficial do Espírito Santo, 1 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2013/L8611.PDF>. Acesso em: 02 jan. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Decreto Municipal 15.913, de 13 de fevereiro de 2014.** Regulamentador da Lei Municipal 8.601, de 23 de dezembro de 2013, que estabelece as regras e critérios de distribuição das chaves privadas, certificação e validação jurídica das informações produzidas nos documentos eletrônicos do Sistema Rede Bem-Estar (RBE) Disponível em: <http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2014/D15913.PDF>. Acesso em: 02 jan. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Portaria nº2, de 10 de janeiro de 2014.** Dispõe sobre a utilização de roteiros de inspeção durante ações de fiscalização em estabelecimentos da Área de Medicamentos e Produtos de Interesse à Saúde e de Alimentos no município de Vitória. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/ato_oficial.php?idAto=1093. Acesso em: 07 mar. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Manuais do Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar. <http://sistemas9.pmv.local/Rede.Bem.Estar/>. Acesso em: 02 jan. 2014.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática** - Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan S.A. 1995.

SOUZA, R.S. **Morbidade Hospitalar em crianças por condições sensíveis à atenção primária no município de Vitória nos anos de 2008 a 2012.** Monografia curso de especialização em Epidemiologia do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde – UFES, 2013.

SCHNEIDER, D. S. **Informações em saúde e o processo de trabalho da auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória:** nós críticos e possibilidades de intervenção. Monografia apresentada ao Curso de Especialização Aplicada à Gestão em Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2013.

ANEXOS

Lista de Tabelas		
Tabela 1	Taxa de crescimento, Vitória, ES, Brasi.1991/200/2012.	15
Tabela 2	População geral, estimada por Região de Saúde, segundo faixa etária e população de Mulheres em Idade Fértil, Vitória - ES, 2012	17
Tabela 3	Total e da população estimada por Região de saúde. Vitória/ES2012	18
Tabela 4	Mortalidade Geral, CID 10, 2011- 2012	21
Tabela 5	População estimada por faixa etária e sexo, município de Vitória, ES, 2012	22
Tabela 6	Total e percentual de óbitos, por tipo de neoplasias Vitória- 2009-2012	23
Tabela 7	Total e percentual de óbitos, por tipo de causas específicas de óbitos, grupo de causas externas, Vitória- 2009-2012	26
Tabela 8	Total e percentual de óbitos, por doença respiratória Vitória /ES - 2009-2012	28
Tabela 9	Mortalidade Proporcional por doença endócrina, Vitória/ ES - 2009-2012	29
Tabela 10	Proporção de óbitos neonatais e pós- neonatais , Vitória/ ES - 2009-2012	32
Tabela 11	Mortalidade Infantil por gogos de causas do Cid 10, Vitória-ES, 2009 a 2012	33

Tabela 12	Incidência de Tuberculose no Brasil, Vitória/ES /100 000 hab.,2001 a 2012	40
Tabela 13	Taxa de Cura de tuberculose, Vitória/ES, no período de 2008 a 2012	41
Tabela 14	Taxa de incidência de hanseníase e percentual de cura Vitória/ES, no período de 2008 a 2012	43
Tabela 15	Incidência de Hanseníase menores de 15 anos, Vitória/ES, no período de 2008 a 2012	43
Tabela 16	Casos confirmados de Meningite por etiologia, Vitória/ES, no período de 2008 a 2012	45
Tabela 17	Prevalência de meningite por 100 000 hab. Vitória/ES, no período de 2009 a 2012	45
Tabela 18	Taxa de prevalência,100 000 hab - hepatite B e C Vitória/ES, no período de 2008 a 2012	47
Tabela 19	Taxa de Incidência de AIDS, 10 a 49 anos, por sexo. Vitória/ES, no período de 2008 a 2012	48
Tabela 20	Taxa de prevalência por Dengue e total de óbitos. Vitória/ES, 2008 a 2012	52
Tabela 21	Serie Histórica de casos graves de Dengue , Vitória 2004- 2013.	52
Tabela 22	Casos de Coqueluche confirmados , por ano,faixa etária, Vitória/ES, 2009 a 2012	53
Tabela 23	Taxa de sífilis em Gestantes e sífilis congênita, Vitória/ES, 2009 a 2012	57
Tabela 24	Carga de doença em saúde bucal, Brasil, Vitória/ES, 2010.	58
Tabela 25	Percentuais de aplicação de recursos próprios municipais de Saúde, Vitória/ES, 2010 a 2013	82

Tabela 26	Evolução do gasto, por hab , Vitória/ES, 2010 a 2013	82
Tabela 27	Evolução da Execução Orçamentária por fonte de recurso Vitória/ES, 2010 a 2013	82
Tabela 28	Evolução de despesa paga, por natureza Vitória/ES, 2010 a 2013	83
Tabela 29	Auditorias programadas , instauradas, concluídas,	96
Lista de Gráficos		
Gráfico 1	Pirâmide Populacional	16
Gráfico 2	Mortalidade proporcional, por grandes grupos de causa, CID 10 Vitória/ES 2009 – 2012	20
Gráfico 3	Prevalência de neoplasia por sexo,tipo, Vitória/ES 2009 – 2012	23
Gráfico 4	Mortalidade por principais causas de neoplasias malignas ,sexo masculino, Vitória/ES 2009 – 2012	24
Gráfico 5	Mortalidade por principais causas de neoplasias malignas ,sexo feminino, Vitória/ ES 2009 – 2012	26
Gráfico 6	Mortalidade proporcional por tipos de acusas externas Vitória/ ES, 2009 a 2012	27
Gráfico 7	Mortalidade proporcional por tipos de acusas externas e sexo, Vitoria /ES, 2009 a 2012	27
Gráfico 8	Mortalidade Infantil	31
Gráfico 9	Distribuição de internações em menores de 5 anos por CSAP e não CSAP, Vitoria /ES, 2008 a 2012	38
Gráfico 10	Distribuição de internações em menores de 5 anos por CSAP, por Região de saúde e não CSAP, Vitoria /ES, 2008 a 2012	39

Gráfico 11	Percentual de casos de tuberculose por foram da de onça, Vitória –ES, 2009 a 2012	42
Gráfico 12	Incidência de meningite , todas as formas, munícipes de Vitória/ES 2009 a 2012	44
Gráfico 13	Hepatites virais segundo a classificação etiológica Vitória/ES2009 a 2012	46
Gráfico 14	Serie Histórica dos casos notificados de Dengue em Vitória, 1995 a 2013.	51
Gráfico 15	Casos de coqueluche em munícipes de Vitória/ES 2012	54
Gráfico 16	Casos de sífilis em Gestantes e sífilis congênita Vitória –ES, 2009 a 2012	56
Lista de Quadros		
Quadro 1	Óbito neonatal precoce segundo condições de nascimento, morte e evitabilidade. Vitória/ES, 2012	35
Quadro 2	Óbito infantil neonatal tardio segundo condições de nascimento,morte e evitabilidade Vitória/ES, 2012	36