

Estado do Espírito Santo  
Prefeitura Municipal de Guarapari  
Secretaria Municipal de Saúde

*Julio Pizarre*

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE  
QUADRIÊNIO 2006 - 2009**

**IDENTIFICAÇÃO**

UF: *Espírito Santo*

Município Proponentes: *Guarapari*

Nome do Órgão ou Entidades: *Secretaria Municipal de Saúde*

CÓDIGO DO IBGE: *3202405* CNPJ: *21.165.190/0001-53*

Endereço Completo: *Rua Santana do Iapó, nº 399, Bairro: Muquiçaba.*

Cidade: *Guarapari* UF: *ES* CEP: *29.215-020*

PREFEITO MUNICIPAL DE GUARAPARI: *Antonico Gottardo*

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE: *Fabiane Lima Simões*

**EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO:**

Maria Cleide Calenti

Maristela Silva Bragato.

Noelson de Oliveira Passos

Patrícia Brockestayer.

Rosana Rosa de Jesus.

**Período de Abrangência do Plano: 2006-2009**

CONDIÇÃO DE GESTÃO: *NOAS/2001/2002*, alterada pela Portaria/GM n.º *2023/2004*:

Gestão Plena de Atenção Básica

Guarapari-ES, 01 de agosto de 2005.

## I - INTRODUÇÃO

Este Plano desenvolve orientações estratégicas com a finalidade de sustentar política, técnica e financeiramente uma necessidade municipal, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e inter-colaboração dos múltiplos setores da saúde. É importante resgatar o significado estratégico da regionalização do sistema de serviços, bem como avançar no debate em torno das possibilidades de articulação entre as diversas alternativas de mudança na organização, no conteúdo e nas relações no âmbito das práticas de saúde.

Os princípios que orientaram a elaboração do Plano Municipal de Saúde foram a reforma do modelo de atenção, redução das desigualdades em saúde e dos riscos e agravos, ampliação do acesso com qualificação e humanização da atenção.

A atual política visa reorganizar o modelo de atenção à saúde, tendo como eixo a ampliação e qualificação da atenção básica, enfatizando a importância da implementação da Estratégia Saúde da Família.

Entendemos que o Plano Municipal de Saúde não é um produto finalizado, mas antes um instrumento em atualização contínua, para torná-lo mais sensível às percepções que vamos tendo da sua adequação ou não ao momento atual.

## II - OBJETIVOS

### 1 - Objetivos Gerais:

- Redução das desigualdades em saúde;
- Ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção;
- Redução de riscos e agravos;
- Reforma do modelo de atenção;
- Aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

### 2 - Objetivos específicos:

- Investimentos em Recursos Humanos, por meio do Estatuto do servidor, estruturação do plano de carreira, cargos e salários e Projeto e Programa de Capacitação;
- Implementação da Estratégia de Saúde da Família;
- Implementação de todos os programas de saúde;
- Reestruturação da rede física;
- Reestruturação do Pronto Atendimento;
- Implantação do posto de coleta de transfusão de sangue;
- Construção do Hospital Regional;
- Construção da Policlínica (CEDIM - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICA - CENTRO ODONTOLÓGICO);
- Promover a divulgação das ações de saúde em parceria com os líderes comunitários;
- Efetivação do Conselho Municipal de Saúde.

## III - DIAGNÓSTICO

### 1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

Como muitas cidades litorâneas brasileiras, Guarapari surgiu dos aldeamentos criados pelos jesuítas, com o objetivo de catequizar os índios.

Por volta de 1580, o Padre Jose de Anchieta e seus missionários, que mantinham assistência regular aos índios, decidiram concretizar a criação de um desses redutos, já idealizados no ano 1569, quando percorriam as terras do Espírito Santo.

No alto de uma colina, levantou-se um convento para os missionários e uma igreja devotada a Santa Ana, recebendo este lugarejo o nome de Aldeia do Rio Verde ou Aldeia de Santa Maria de Guaraparim, que foi oficialmente fundada no ano de 1585.

Em 1667, sob o mando de Francisco Gil de Araújo, donatário da Capitania do Espírito Santo, foi edificada uma outra igreja ao lado oposto do convento dedicando-a a Nossa Senhora da Conceição, cujas ruínas estão, hoje, tombadas pelo Patrimônio Histórico.

Em 1o de Janeiro de 1679, atendendo a uma petição dos moradores que habitavam essa crescente povoação, o donatário Francisco Gil de Araújo, mandou fundar uma vila na barra do rio Guarapari, ordenando a eleição de um juiz e vereadores.

O nome Guarapari tem origem na língua Tupi-Guarani: GUARÁ - Uma garça de coloração vermelha; PARY - Armadilha ou laço.

Em 1835, foi criada a Comarca de Guarapari, cuja administração era exercida pelo presidente da Câmara Municipal, cargo que hoje corresponde ao de prefeito.

Em 19 de setembro de 1891, Guarapari recebeu foros de cidade, concedido pela Lei Estadual nos 28.

Com a emancipação política e a descoberta de Areias Monazíticas, em 1898, com vasto emprego na área industrial, a cidade foi projetada nacional e internacionalmente.

O marco do surgimento de Guarapari como cidade turística, deu-se no período entre 1930 e 1940, quando o Dr. Silva Mello, médico-cientista, assistente do Instituto de Radium de Berlim, no decurso da Primeira Guerra Mundial, veio para Guarapari realizar estudos médicos sobre as propriedades radioativas das areias monazíticas, que tinham eficiente atuação sobre os reumáticos, os gotosos, os neuríticos e

portadores de toda espécie de artríticos.

Os resultados de seus estudos sobre as propriedades terapêuticas das areias monazíticas, assim como as belezas naturais da cidade publicadas no Jornal do Brasil, provocou um intenso movimento de veranistas, vindos até de pontos longínquos do Brasil, que superlotavam as praias e inúmeras pensões e hotéis existentes.

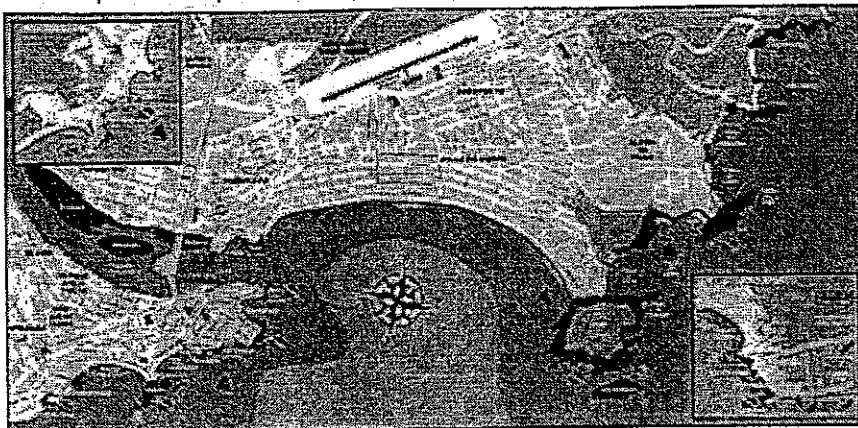
O Município de Guarapari possui uma área de 151,59 Km<sup>2</sup>, está integrado ao litoral Sul-Sudeste do Espírito Santo, integrante da Microrregião Vila Velha - Venda Nova do Imigrante, na Macro Região Centro - Vitória, estendendo-se por uma área territorial de 592 Km<sup>2</sup>, equivalente a 1,32% do território estadual e está situado na zona fisiográfica de Vitória. As coordenadas geográficas da sede municipal são: 20° 40' 15" de latitude sul e 40° 29' 56" de longitude oeste, de Greenwich.

Limita-se ao Norte com os Municípios de Vila Velha e Viana, a Noroeste com os municípios de Domingos Martins e Marechal Floriano, a Oeste com o município de Alfredo Chaves, ao Sul com o município de Anchieta e a Leste com o Oceano Atlântico.

A sede do Município de Guarapari está situada em uma planície, a seis metros de altitude e dista cerca de 51 km de Vitória, 450 km da cidade do Rio de Janeiro, 545 km de Belo Horizonte. A BR-101 é responsável por todo fluxo rodoviário de Guarapari, principalmente ao Sul do Brasil e a BR-262 é a responsável pelo fluxo oriundo de Minas Gerais. Dentre as rodovias estaduais que servem o Município, destacam-se a ES-24 que liga Guarapari à BR-101 e a Rodovia do Sol.

Guarapari, hoje, tornou-se o maior pólo turístico do estado do Espírito Santo, servida por vasta rede hoteleira, que engloba 63 estabelecimentos, bons restaurantes e agitada vida noturna, especialmente durante a temporada de férias. Neste período a cidade que tem uma população fixa de 90 mil habitantes, recebe um contingente de aproximadamente 500 mil turistas.

Figura 01 – Mapa de Guarapari.



## 2 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Segundo o IBGE, a Densidade Populacional do Município de Guarapari é de 126,70 hab/Km<sup>2</sup>, referente ao censo de 2000. O clima do município é ameno, com pequenas variações de temperatura, classificado como Tropical úmido (Litorâneo), com temperatura média anual de 24° C. A pluviosidade anual apresenta média de 1240,13 mm. A maior incidência de chuva é registrada entre os meses de novembro e maio.

A cidade é recomendada como estância e estação de repouso e cura.

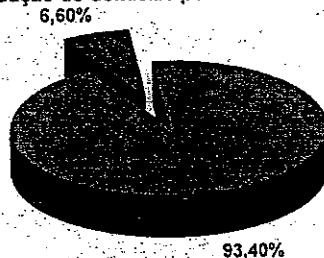
No contexto Estadual, o balneário de Guarapari, conhecida como "Cidade Saúde", representa um grande pólo turístico, possuindo 28 praias com reconhecidas propriedades terapêuticas por suas areias monazíticas. No meses de verão, o município tende a comportar uma população flutuante de cerca de 700.000 turistas.

O Município é constituído por três distritos: o Distrito Sede, o Distrito de Rio Calçado e o Distrito de Todos os Santos. Sob o ponto de vista morfológico, o Município está dividido em duas regiões distintas: a região costeira e a região serrana.

A população do Município de Guarapari, segundo o censo demográfico de 2000 de IBGE, é de 88.216 habitantes, apresentando o Município uma densidade demográfica em torno de 151,59 hab/Km<sup>2</sup> e a taxa média de crescimento populacional nos últimos anos foi de 4,09%.

No que diz respeito à distribuição da população por situação de domicílio podemos observar que 93% da população do Município reside na zona urbana e 6,6% (5.806) na zona rural.

■ Urbana  
■ Rural



Segundo estimativas do Censo 2005 - IBGE, Guarapari possui uma população estimada de 105.120 habitantes, sendo 52.442 de homens e 52.678 de mulheres, sendo 10.780 de mulheres adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos e a população feminina em idade fértil (10 a 49 anos) é de 35.093 mulheres uma proporção de 66,6%.

Quadro – 1 estimativa da população período de 1996 à 2005

Ano	População	Método
2005	105.120	Estimativa
2004	99.218	Estimativa
2003	96.616	Estimativa
2002	94.016	Estimativa
2001	91.469	Estimativa
2000	88.400	Censo
1999	79.629	Estimativa
1998	77.777	Estimativa
1997	75.925	Estimativa
1996	73.730	Estimativa

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

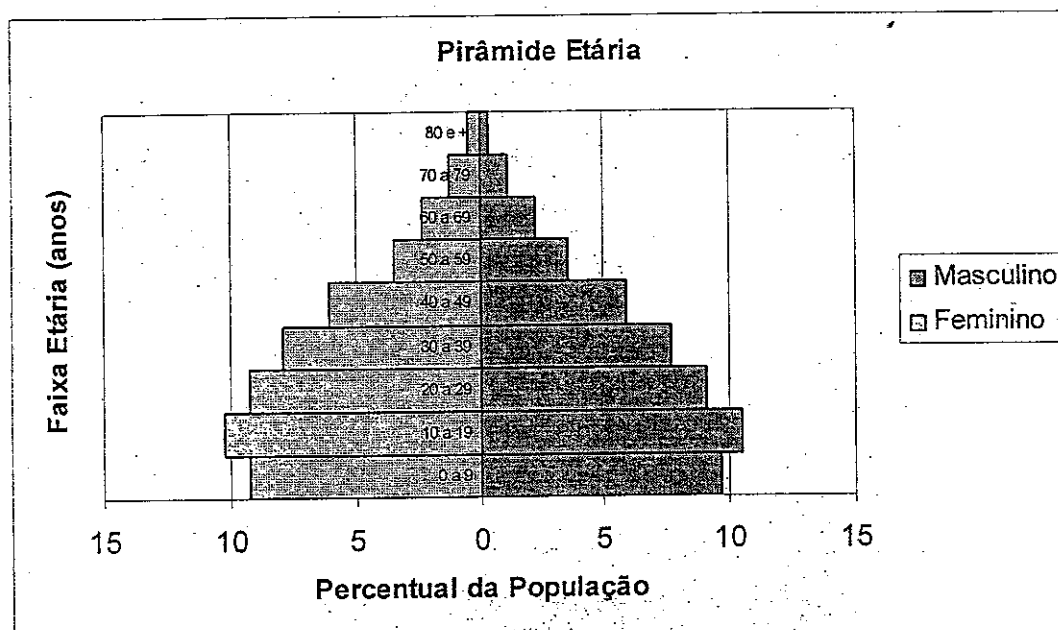
Guarapari apresentou uma taxa de crescimento anual estimada no período de 1996 a 2000 de 4,6%.

Quadro - 2 População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2005

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	935	1.026	1.961
1 a 4	4.127	3.943	8.070
5 a 9	5.046	4.752	9.798
10 a 14	5.314	5.088	10.402
15 a 19	5.695	5.692	11.387
20 a 29	9.509	9.705	19.214
30 a 39	8.038	8.276	16.314
40 a 49	6.186	6.332	12.518
50 a 59	3.731	3.638	7.369
60 a 69	2.320	2.436	4.756
70 a 79	1.186	1.272	2.458
80 e +	355	518	873
Total	52.442	52.678	105.120

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Figura 02 - Pirâmide Etária



A pirâmide etária mostra um estreitamento do ápice, revelando discreto envelhecimento da população, aumento da proporção de jovens e acentuado equilíbrio na distribuição por sexo.

### 3 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E INFRA-ESTRUTURA

A economia de Guarapari está baseada nas atividades terciárias, devido principalmente ao volume de atividades turísticas. Em segundo lugar estão as atividades primárias, sendo responsável por 27% da renda interna do Município e tem na pesca sua melhor representação, a qual atende à demanda local e exporta o excedente de sua produção.

A atividade agrícola também é importante e suas principais culturas são de banana, coco e seringueira. O plantio da seringueira, as culturas do arroz e do feijão também estão presentes na agricultura do Município. As atividades pecuárias são menos importantes que as agrícolas, e ambas são desenvolvidas nas faixas de solo compreendidas acima da BR-101. Estas atividades agropecuárias representam um fator de diversificação da economia de Guarapari importante para a correção da sazonalidade e estabilização do aumento de trabalho.

A formação botânica de Guarapari é semelhante à de todo o litoral do Estado do Espírito Santo e classifica-se como: vegetação das zonas de areia, vegetação litorânea e floresta tropical.

O modelo de desenvolvimento de Guarapari foi delineado com base na estimulação do setor turístico e na criação de condições favoráveis à diversificação da estrutura produtiva. Houve inicialmente ampliação dos atrativos de infra-estrutura turística e dos empregos nestas atividades (hotéis e restaurantes). Houve também significativo crescimento no comércio e indústria ligados à construção civil.

Outros importantes estabelecimentos prestadores de serviços são aqueles ligados à área de saúde, como os hospitais, laboratórios, e a área de educação; sendo importantes fontes geradoras de empregos.

#### ENTIDADES DE CLASSES SOCIAIS E DEFESA DO CONSUMIDOR

1. ACG- ASS. COMERCIAL DE GUARAPARI
2. ADCON - ASS. DE DEFESA DA CIDADANIA E DO CONSUMIDOR
3. ASS. COMPRADORES E VENDEDORES DE PESCADO
4. ASS. DOS EMPREENDEDORES DA REGIÃO DAS ÁGUAS AZUIS
5. ASS. DOS QUIOSQUEIROS DO MUNICÍPIO DE GUARAPARI
6. CDL - CLUBE DE DIRETORES LOJISTAS
7. COLONIA DE PESCADORES ALMIRANTE NORONHA
8. UNICENTRO- UNIÃO DOS COMERCIANTES DO CENTRO
9. UNIPRAIA- UNIÃO DOS COMERCIANTES DA PRAIA DO MORRO

#### MOVIMENTO DE ENTIDADES SINDICAIS FEDERAÇÕES E ASSOCIAÇÕES DE TRABALHADORES E EMPREGADORES URBANOS E RURAIS DE GUARAPARI

1. AMAGUARAPARI- ASS. DOS MARICULTORES DE GUARAPARI
2. APROMAG - ASS. DOS PROD. MAN. ARTESANAIS DE GUARAPARI
3. APRUMG - ASS. DOS PRODUTORES RURAIS DO MUN. DE GUARAPARI
4. ASPOMIG - ASS. DOS POLICIAIS MILITARES DE GUARAPARI
5. ASS. DE MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE SÃO JOÃO DE JABOTI
6. ASS. MORADORES E PRODUTORES DE RIO GRANDE
7. ASS. MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE AMARELOS
8. ASS. MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE BUENOS AIRES
9. ASS. MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE RETA GRANDE
10. ASS. MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE RIO CALÇADO
11. ASS. MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE RIO CLARO
12. ASSCAMARG - ASS. DOS CATADORES DE MATERIAL RECICLÁVEL DE GUARAPARI
13. COTRAG - COOPERATIVA DOS TRABALHADORES EM RECICLAGEM LIMPEZA E CONSERVAÇÃO DE GUARAPARI
14. SIND. DOS TRABALHADORES RURAIS DE GUARAPARI
15. SINDICG- SIND. DA IND. CONST. CIVIL DE GUARAPARI
16. SINDICOMÉRCIO - SIND. DOS LOJISTAS DO COMÉRCIO DE GUARAPARI
17. SINDIUPES- SIND. DOS PROFESSORES DO ES
18. SINTRAG- SIND. DOS TRABALHADORES DA PMG

#### MOVIMENTO DE ENTIDADES E ASSISTENCIA SOCIAL DE GUARAPARI

1. ASS. BOM DE BOLA CRAQUE NA ESCOLA
2. ASS. DOS MENINOS DE RUA DO BAIRRO IPIRANGA
3. ASS. SALVAMAR DE ASSIST. A CRIANÇA E O ADOLESCENTE
4. RECANTO DOS IDOSOS

#### MOVIMENTO DE ENTIDADES DE PORTADORES DE PATOLOGIAS E DEFICIÊNCIAS

1. APAE - ASS. DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS
2. ASS. DAS PESSOAS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS DE GRI
3. ASS. DOS DOADORES DE SANGUE DE GUARAPARI
4. ASS. DOS PORTADORES DE EPILEPSIA DE GUARAPARI
5. ASS. PESTALOZZI DE GUARAPARI
6. CASA SERVO DE DEUS
7. MAHP - MOVIMENTO DE APOIO HUMANO AOS PORT. HIV/AIDS

#### MOVIMENTOS DE ENTIDADES RELIGIOSAS DE GUARAPARI

1. APEG - ASS. DE PASTORES EVANGÉLICOS DE GUARAPARI
2. CASA DE ORAÇÃO SAO FRANCISCO DE ASSIS
3. GRUPO ESPÍRITA ALLAN KARDEC
4. IGREJA BATISTA CENTRAL DE GUARAPARI
5. IGREJA EVANGÉLICA LUTERANA DO BRASIL
6. IGREJA MATRIZ N.S. DA CONCEIÇÃO
7. IGREJA PRESBITERIANA DO BRASIL EM GUARAPARI
8. NA - NARCÓTICOS ANONIMOS
9. OS DESBRAVADORES
10. PASTORAL CARCERÁRIA E PASTORAL DO MENOR
11. PASTORAL DA CRIANÇA
12. PRIMEIRA IGREJA BATISTA DE GUARAPARI
13. SDC - SERVOS DE CRISTO

#### MOVIMENTO DE ENTIDADES COMUNITÁRIAS DE GUARAPARI

1. A ÁGUA ASSOCIAÇÃO AMBIENTALISTA DE GUARAPARI
2. ABAPG-ASS. DOS BENEF. APOSENT. E PENSIONISTAS DE GUARAPARI
3. AMAFONTE - ASS. MORADORES E AMIGOS DO CAMINHO DA FONTE
4. ASS. DE PAIS E ALUNOS DA ESCOLA COSTA E SILVA
5. ASS. DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS DE GUARAPARI
6. ASS. DOS QUIOSQUEIROS DA PRAIA DO MORRO
7. ASS. JRD. STA ROSA E JRD EUROPA
8. ASS. MORADORES B. NOSSA S. DA CONCEIÇÃO
9. ASS. MORADORES DA ENSEADA AZUL
10. ASS. MORADORES DA PRAIA DO MORRO
11. ASS. MORADORES DE ANDANO
12. ASS. MORADORES DE BARRO BRANCO
13. ASS. MORADORES DE CAMURUGI
14. ASS. MORADORES DE ELZA NADER
15. ASS. MORADORES DE JABARAI
16. ASS. MORADORES DE MEAIPE
17. ASS. MORADORES DE OLARIA
18. ASS. MORADORES DE PARAÍSO SAMAMBAIA
19. ASS. MORADORES DE PATURÁ
20. ASS. MORADORES DE PEROCÃO
21. ASS. MORADORES DE PONTAL DE SANTA MONICA
22. ASS. MORADORES DE PORTAL CLUB
23. ASS. MORADORES DE PRAIA DO MORRO
24. ASS. MORADORES DE SÃO GABRIEL
25. ASS. MORADORES DE SÃO JUDAS TADEU
26. ASS. MORADORES DE STA MÔNICA
27. ASS. MORADORES DE UNA
28. ASS. MORADORES DE VILLAGE DO SOL
29. ASS. MORADORES DO BAIRRO ADALBERTO SIMÃO NADER
30. ASS. MORADORES DO BAIRRO BELA VISTA
31. ASS. MORADORES DO BAIRRO DE JABOTICABA
32. ASS. MORADORES DO BAIRRO KUBSTCHECK
33. ASS. MORADORES DO BAIRRO SANTA MARGARIDA
34. ASS. MORADORES DO CENTRO
35. ASS. MORADORES DO COROADO
36. ASS. MORADORES DO IPIRANGA
37. ASS. MORADORES DO LOTEAMENTO S. JOÃO \*
38. ASS. MORADORES DO MORRO DA CAIXA D'AGUA
39. ASS. MORADORES E AMIGOS DO ITAPEBUSSU
40. ASS. MORADORES IGUAPE
41. ASS. MORADORES LAGOA DOURADA EM AMARELOS
42. ASS. MORADORES SÃO MIGUEL
43. ASS. MORADORES TODOS OS SANTOS
44. FEDERAÇÃO DAS ASS. DE MORADORES E MOV. POPULARES DE GUARAPARI
45. MOVIMENTO COMUNITÁRIO DE LAGOA FUNDA
46. MOVIMENTO COMUNITÁRIO DO BAIRRO IPIRANGA
47. MOVIMENTO COMUNITÁRIO DO SOL NASCENTE
48. MOVIMENTO SOLIDÁRIO STA MÔNICA
49. SOCIEDADE AMIGOS DE SETIBA

#### MOVIMENTOS DE ENTIDADES AMBIENTALISTAS

1. ABBTUR - ASS. BRASILEIRA DE BACHARÉIS DE TURISMO
2. AMEASUL MONTAGEM, ESTRADAS, PAVIMENTAÇÕES E TERRAPLANAGEM.
3. ASS. DOS EMPREENDEDORES DA REGIÃO DAS ÁGUAS AZUIS
4. ASS. ECOLÓGICA FORÇA VERDE DE GUARAPARI

#### MOVIMENTO DE ENTIDADES DE APOIO E SERVIÇOS DE GUARAPARI

1. ASS. COMERCIAL DE GUARAPARI
2. ASS. DE HOTÉIS E TURISMO DE GUARAPARI
3. ASS. DOS ARTESÃOS DA PRAIA DA AREIA PRETA
4. ASS. DOS CORRETORES DE IMÓVEIS
5. CLUBE DA MELHOR IDADE
6. COMTUR-COMISSÃO MUNICIPAL DE TURISMO
7. CONS. MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
8. CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
9. CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO
10. CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER
11. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



12. CONSELHO TUTELAR DE GUARAPARI
13. FACULDADE J. SIMÕES
14. FIPAG – FACULDADES INTEGRADAS PADRE ANCHIETA DE GUARAPARI
15. LIONS CLUBE DE GUARAPARI
16. LOJA MAÇÔNICA ACÁCIA DE GUARAPARI
17. LOJA MAÇÔNICA RETIDÃO E JUSTIÇA
18. O.A.B SECCIONAL GUARAPARI
19. ROTARACT CLUB
20. ROTARY CLUB DE GUARAPARI
21. SECOHTUR
22. SINDICATO DOS LOJISTAS E DO COM. DE GUARAPARI
23. SINDICOMÉRCIO
24. SINTRACONST – SINDICATO DOS TRAB. NA IND. DA CONST. CIVIL,

### ⇒ EDUCAÇÃO

O município de Guarapari possui rede escolar que oferece curso desde o maternal e pré-escola até o 3º grau completo, formada por escola estaduais municipais e privadas.

Fonte: SESA/SIM

Quadro – 3 Número de Escolas por dependência administrativa em Guarapari em 2003

	Federal	Estadual	Municipal	Particular	TOTAL
Ensino Pré-Escolar	0%	0	38	11	49
Ensino Fundamental	0%	25	42	08	75
Ensino Médio	0%	05	0	05	10
<b>TOTAL</b>	<b>0%</b>	<b>30</b>	<b>80</b>	<b>24</b>	<b>134</b>

Quadro – 4 NÚMERO DE MATRICULAS POR DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA- 2004  
 FONTE: CENSO ESCOLAR-SEDU/GEIA/SEE

	Dependência	Matricula Inicial		Ensino Fundamental (Regular)					Educação Especial		Educação de Jovens e Adultos (Supletivo presencial)		
		Creche	Pré-Escola	Educação Especial (Incluídos)	Total	1ª a 4ª série e Anos Iniciais		5ª a 8ª série e Anos Finais	Ensino Médio (Regular)	Total	Fundamental	Total	Fundamental
GUARAPARI	Estadual	0	0	56	4.805	1.871	2.934	3.604	0	0	1.599	275	
	Municipal	564	2.934	545	10.480	6.133	4.347	0	20	15	1.777	1.777	
	Privada	122	665	5	2.012	992	1.020	740	332	43	0	0	
	<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>3.599</b>	<b>606</b>	<b>17.297</b>	<b>8.996</b>	<b>8.301</b>	<b>4.344</b>	<b>352</b>	<b>58</b>	<b>3.376</b>	<b>2.052</b>	

Quadro -5 Alfabetização – Guarapari

zona	Faixa etária 07 à 14 anos	15 a +
Urbana	78,88% 81,73	90,77% 92,18
Rural	96,29% 90,60%	85,36% 87,17%

Fonte SIAB/PACS/ESF - 2005

Esses dados são referentes a cobertura de 27,62% da zona urbana pelas equipes dos Programas de Agente Comunitário de Saúde e Estratégia de Saúde da Família e 100% de cobertura da zona rural pelas equipes de PSF.

### TAXA E AS PRINCIPAIS CAUSAS DE EVASÃO ESCOLAR

A Secretaria Municipal de Educação registrou uma taxa de 4,7% de evasão escolar relacionando vários fatores responsáveis por esse índice.

Quadro – 6 Taxa de evasão 2005

Série	Taxa (%)
1ª Série	4,6
2ª Série	1,7



3ª Série	2,6
4ª Série	3,6
5ª Série	18,6
6ª Série	21,2
7ª Série	21,5
8ª Série	22,6

Taxa total de evasão escolar em 2004 : 4,7%

#### CAUSAS

- Falta de acompanhamento e incentivo da família e respectivo descompromisso da família na educação dos filhos; podendo até levar ao mundo das drogas, prostituição infantil, criminalidade, etc...
- Necessidade de estar trabalhando para contribuir com a renda familiar;
- Falta de uma boa estrutura funcional de alguns estabelecimentos de ensino;
- Falta de segurança pública em alguns bairros onde funcionam escolas de periferia e no noturno;
- Instabilidade em moradia, levando ao educando a ter uma rotatividade de residência.

#### ⇒ ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA

##### Situação de Saneamento Ambiental no Município de Guarapari no Ano de 2000

##### Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água

- Rede Geral = 83,5
- Poço ou nascente ( na propriedade ) = 15,0
- Outra forma = 1,4

##### Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo

- Coletado = 84,2
- Queimado (na propriedade) = 11,0
- Enterrado (na propriedade) = 0,6
- Jogado = 3,8
- Outro destino = 0,4

##### Proporção de Moradores por Tipo de Instalações Sanitárias

- Rede geral de esgoto ou pluvial = 33,5
- Fossa séptica = 19,0
- Fossa rudimentar = 31,6
- Valeta = 7,3
- Rio, lago ou mar = 5,6
- Outro escoadouro = 1,5
- Não tem instalação sanitária = 1,5

##### Quadro - 7 Habitação

Tipo de habitação	Zona rural	Zona urbana
Tijolo/abobe	93.11%	95.98%
Taipa revestida	1.35%	0.49%
Taipa não revestida	0.65%	0.30%
Madeira	1.65%	1.21%
Material aproveitado	2.18%	1.66%
Outros	1.06%	0.36%

Fonte SIAB/PACS/ESF

##### Recursos naturais do município

A Área de Proteção Ambiental Paulo César Vinha de Setiba, localizada entre a região nordeste do Município de Guarapari e extremo sul do Município de Vila Velha, compreende um espaço de 12.960 hectares incluindo uma parte continental com o Parque Estadual Paulo César Vinha em seu interior e outra marinha que abrange a área do Arquipélago das Três Ilhas.

A diversidade biológica nessas áreas tem sido motivo de muita atenção por parte das várias entidades que se engajaram na luta pela conservação dessa região. O Parque foi criado para proteger espécies de plantas e animais que estavam sendo ameaçadas pelo desmatamento. E também para ser um lugar aberto a visitas, pesquisa e conhecimento.

Figura 3 - Vista Parcial do Parque Estadual Paulo César Vinha



#### 4 - DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

##### 4.1 - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Secretaria Municipal de Saúde conta com a Divisão de Vigilância Epidemiológica, por onde são gerenciados os sistemas de informação (SIM, SINASC, SINAN, PNI), HIPERDIA, SISPRÊNATAL e SISVAN), e que vem se estruturando no sentido de estar implementando as informações partindo dos dados e de pesquisas de campo, objetivando subsidiar o planejamento e as intervenções necessárias para a construção de uma Vigilância em Saúde que busca cada vez mais desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde. O SIAB é gerenciado pela Coordenação do PSF.

Com os processos de Pactuação da Atenção Básica e da PPI-VS, tem possibilitado a identificação e acompanhamento dos problemas de saúde coletiva, podendo assim estar traçando estratégias de intervenção visando a qualidade da atenção à saúde prestada a população.

O Diagnóstico Epidemiológico de uma população, é o retrato da mesma em uma determinada área, são informações sobre problemas de saúde já conhecidos e que vão orientar as estratégias e a natureza das intervenções, analisando as causas.

As informações abaixo apresentadas pelo município permitem visualizar os desafios a serem enfrentados em relação à organização da Vigilância em Saúde com enfoque na análise de saúde e investigação, além de reforçar a importância da organização da atenção primária, com a adoção de políticas e ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

A proposta do município é: reduzir a mortalidade infantil; aumentar a detecção dos casos de hanseníase e tuberculose; reduzir o abandono dos casos de hanseníase e tuberculose; aumentar a detecção e melhorar o acompanhamento de casos de hipertensão, de diabetes e suas seqüelas, disponibilizar meios para detecção precoce das Gestantes cadastradas no PHPN.

##### Mortalidade

O município descentralizou o Sistema de Informação Sobre Mortalidade em Janeiro de 2003, passando a digitar o SIM, com um percentual de cobertura do Sistema de 86,82%. O percentual de óbitos notificados com causas definidas segundo os grandes grupos da CID10 foi de 93,4%.

##### Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil do município de Guarapari apresentou redução acentuada no ano de 2003, quando atingiu 8,56 óbitos por grupo de 1000 nascidos vivos, sendo que em 2001 teve uma elevação, atingindo 16,18 óbitos por mil nascidos vivos, quadro 1.

Quadro 8 - Taxa de Mortalidade Infantil, Guarapari, de 1999 a 2003

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	PERÍODO				
	1999	2000	2001	2002	2003
Guarapari	13,80	9,97	16,18	14,22	8,56

Fonte: SESA/SIM

##### Mortalidade Geral

A taxa de mortalidade geral em Guarapari, no ano de 2003, foi de 4,94 óbitos por 1.000 habitantes, sendo computadas 477 Declarações de Óbito.

Este indicador, em 1999 foi de 5,99. Entretanto, durante 3 anos, manteve-se praticamente estabilizada neste patamar até o ano de 2002, voltando a registrar uma boa redução no ano de 2003.

##### Mortalidade Proporcional por Faixa Etária

Pode ser observado, por exemplo, uma oscilação na mortalidade proporcional por faixa etária entre os anos de 1999 e 2001, dentro da faixa etária de menor de 1 ano, com uma redução percentual de 5,45 em 1999 para 3,84 em 2000, subindo em 2001 para 5,97 e voltando a registrar uma redução acentuada em 2003, quando atingiu o patamar de 2,94, acompanhada de uma elevação anual de um percentual de 61,01 em 1999 para 69,81 em 2003 de pessoas na faixa etária de 50 anos e mais de idade, ou seja, que um percentual cada vez maior das mortes se dê em idade superior aos 50 anos, pois isto significa um aumento no índice de longevidade da população, principal indicador da melhoria das condições de saúde da população, quadro 2.

Quadro 9 - Taxa de Mortalidade Proporcional por Faixa Etária, de 1999 a 2003

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR FAIXA ETÁRIA	PERÍODO				
	1999	2000	2001	2002	2003
Menor de 1 ano	5,45	3,84	5,97	4,83	2,94
01 a 4 anos	1,26	2,03	0,64	0,80	1,05
05 a 19 anos	5,03	5,42	5,12	4,23	3,35
20 a 49 anos	27,25	27,31	25,16	26,76	22,85
50 anos e mais	61,01	61,40	63,33	63,38	69,81

Fonte: SESA/SIM

## Mortalidade Geral por Grandes Grupos de Causas

A Taxa de Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas, determina a ordem de importância da causa de morte. Em Guarapari as cinco principais grupos de causas de morte, quadro 3, no período de 1999 a 2003, se mantiveram as mesmas e são:

- ⇒ Doenças do Aparelho Circulatório;
- ⇒ Causas Externas;
- ⇒ Neoplasias;
- ⇒ Doenças do Aparelho Respiratório;
- ⇒ Causas Mal Definidas.

Quadro 10 - Taxa de Mortalidade Geral por grandes grupos de Causa, de 1999 a 2003

MORTALIDADE GERAL POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS	PERÍODO				
	1999	2000	2001	2002	2003
Doenças do Aparelho Circulatório	31,87	32,05	29,21	28,77	34,17
Causas Externas	21,38	19,64	18,34	20,72	15,30
Neoplasias	11,95	12,64	13,65	13,48	15,93
Doenças do Aparelho Respiratório	9,01	7,45	6,61	6,64	6,71
Causas Mal Definidas	5,24	6,55	11,73	5,63	6,29
Doenças Infeciosas e Parasitárias	4,40	3,61	2,56	5,03	4,82
Doenças do Aparelho Digestivo	4,40	3,39	4,90	4,83	5,03
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	3,56	8,13	5,12	6,04	6,08
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	2,73	2,26	3,62	2,62	1,68
Malformações Congênitas, Deform e Anom. Cromoss.	0,63	1,58	0,85	1,61	0,63

Fonte: SESA/SIM

Dentre estes grupos de causas observa-se que a situação não mudou com relação das mortes por Doenças do Aparelho Circulatório que é a principal causa de óbito, havendo até uma pequena redução nos anos de 2001 e 2002, mas voltou a subir contribuindo com 34,17% das causas de morte em 2003. Em segundo lugar está as causas externas e em terceiro lugar está as Neoplasias que vem aumentando a cada ano.

Esta elevação do número de óbito no grupo de causas externas explica, em grande medida, porque a redução da mortalidade infantil não refletiu fortemente no aumento da expectativa de vida da população.

Quadro 11 - Mortalidade por Sexo, Guarapari, de 1999 a 2003

MORTALIDADE POR SEXO	PERÍODO				
	1999	2000	2001	2002	2003
Masculino	294	268	296	317	292
Feminino	183	175	173	180	185

Fonte: SESA/SIM

## Mortalidade Materna

A mortalidade materna em Guarapari, apresenta-se decrescente, partindo de 106,16 em 1999, 58,65 em 2000 chegando a uma taxa de 0,00 em 2002 onde não ocorreu nenhum caso de óbito por causas maternas no município, quadro 5.

Quadro 12 - Mortalidade Materna, Guarapari, de 1999 a 2003

MORTALIDADE MATERNA	PERÍODO				
	1999	2000	2001	2002	2003
Nº de óbitos causas maternas	2	1	1	0	1
Taxa de Mortalidade Materna	106,16	58,65	57,77	0,00	61,16

Fonte: SESA/SIM

## MORBIDADE

## MORBIDADE HOSPITALAR

No município de Guarapari o maior percentual de internação no ano de 2004 está concentrado nas doenças do aparelho circulatório correspondendo a 14,3% de morbidade hospitalar, seguido das doenças do aparelho respiratório com 12,5%. (Quadro 13)

Quadro 13 – Distribuição percentual das internações por Grupo de causas 2004

Causa CID 10	%
Doenças do Aparelho Circulatório	14,3
Doenças do Aparelho Respiratório	12,5
Doenças do Aparelho Digestivo	9,2
Doenças do Aparelho geniturinário	9,2
Doenças Infecciosas e Parasitárias	8,8
Causas Externas	5,5
Neoplasias	4,7

Fonte: SAI/SUS

O quadro 14 apresenta uma série histórica de 2000 a 2004 com a evolução das principais doenças imunopreveníveis e doenças transmissíveis no Município de Guarapari.

Em relação ao número de Casos confirmados a Dengue foi a que apresentou nos últimos anos resultados mais críticos, saltando de 83 casos em 2001 para 2530 em 2003.

Na hanseníase, vem aumentando consideravelmente, reflexo do intenso trabalho dos profissionais de prevenção e recuperação do abandono, campanhas e descentralização das ações junto às equipes de PACS/PSF, melhorando também o percentual de saídas por cura, atingindo em 2004 92% de cura, acima da meta preconizada pelo MS.

A tuberculose, mostra-se com o número de casos novos diagnosticados a cada ano oscilando saltando de 20 casos em 2000 para 56 em 2002, mantendo em torno de 52 em 2003 e voltando a cair para 39 casos em 2004.

Considerando que o município de Guarapari não é endêmico para Malária, vimos ressaltar que os casos apresentados nos anos de 2000, 2002, 2003 e 2004, após investigação, constata-se que foram todos importados.

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) apresentou anualmente um decréscimo muito significativo, partindo de 57 casos em 2000 para 35 em 2001 e para 18 em 2002. De 2002 para 2003 não foi muito significativo, pois a queda foi apenas de 2 casos e de 2003 com 16 casos para 09 em 2004, fruto este da implementação do trabalho da vigilância entomológica em áreas de foco, controle dos hospedeiros domésticos e ações de educação em saúde e mobilização social.

Quadro 14 – Casos Confirmados de algumas das principais doenças de Notificação compulsória, de 2000 a 2003

AGRAVO	PERÍODO				
	2000	2001	2002	2003	2004
AIDS	10	08	15	18	16
Condiloma Acuminado ( verrugas Anogenitais )	-	01	-	02	35
Coqueluche	-	01	02	01	01
Dengue	106	83	1048	2530	164
Doença de Chagas	-	01	-	-	-
Doenças Exantemáticas	03	13	-	-	-
Efeito Tox Afiatox Outr Micotox Contam Alim	-	-	-	-	01
Esquistossomose	30	28	76	96	234
Hanseníase	11	26	34	46	52
Hepatite Viral	02	35	18	11	13
Herpes Genital	-	-	-	-	11
Intoxicação por Agrotóxico	-	01	01	-	-
Leishmaniose Tegumentar Americana	57	35	18	16	09
Leptospirose	02	01	-	-	05
Malária	01	-	02	01	02
Meningite	10	14	34	09	06
Sífilis Congênita	02	06	07	03	04
Sífilis em Adulto	-	01	-	03	51
Síndrome da Úlcera Genital	-	-	-	-	06
Síndrome do Corrimento Cervical	-	-	01	02	65
Síndrome do Corrimento Uretral	-	-	-	-	06
Tétano Acidental	-	01	-	-	-
Tuberculose	20	43	56	52	39

Fonte: SESA/SINAN

## IMUNIZAÇÃO

Na vacinação de rotina, o Município de Guarapari tem conseguindo boas coberturas vacinais. Em 2002 foi implantada pelo Ministério da Saúde a vacina Tetravalente -(DTP+HIB) para menores de 1 ano. Nos primeiros meses do ano de 2002 o Estado teve problemas com o abastecimento da vacina Contra Haemophilus Influenzae Tipo b, tornando insuficiente para cobrir aos municípios gerando assim baixa nas coberturas da vacina.

A cobertura da vacinação contra o Sarampo piorou em 2003, em virtude da mudança no calendário vacinal. Em 2002, os municípios foram informados que a partir de 2003, a vacina contra o Sarampo ao 9 meses de idade sairia do calendário e seria antecipada a vacinação com a Tríplíce Viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola) aos 15 meses para os 12 meses. Em atendimento a mudança do calendário, baixou-se a cobertura contra o Sarampo, no entanto, levando em consideração que o objetivo de manter a população infantil imunizada contra o Sarampo foi cumprida, tendo em vista a alta cobertura com a Tríplíce Viral.

Nas Campanhas Nacional de Multivacinação o município vem sempre superando as metas de vacinar 100% da população de crianças menores de 5 anos de idade, com uma cobertura em 2004 de 181,0% na 1ª Etapa e 181,9% na 2ª Etapa da campanha, atingindo assim todas as Metas pactuadas dos Indicadores relativos às ações de Imunização de Campanha da PPI-VS.

Os Imunobiológicos em negrito são indicadores relativos às ações de Imunização pactuadas na PPI-VS do Ministério da Saúde, com metas de 95% para Hepatite B, Tetravalente e Tríplíce Viral e 100% para as campanhas de Multivacinação contra a poliomielite em menores de 5 anos.

A vacina contra Febre Amarela é para crianças de 9 meses a 1 ano e viajantes para áreas endêmicas em todas as idades, quadro 6.

Quadro 15 Cobertura vacinal por Imunobiológicos, Guarapari, de 2000 a 2004

IMUNOBIOLÓGICOS	PERÍODO				
	2000	2001	2002	2003	2004
BCG	125,3	114,4	119,4	113,6	102,3
Contra Febre Amarela	106,2	33,0	0,6	88,5	44,5
Contra Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib)	73,3	87,6	20,5	2,3	-
Contra Hepatite B	90,3	93,0	105,2	151,1	95,8
Contra Sarampo	119,6	105,0	137,2	7,1	-
Dupla Viral	-	-	8,0	4,5	14,6
Contra Poliomielite	96,6	143,5	162,1	181,1	220,5
Contra Poliomielite ( Campanha 1ª Etapa ) < de 5 anos	147,3	126,2	187,2	154,6	181,0
Contra Poliomielite ( Campanha 2ª Etapa ) < de 5 anos	140,7	155,0	130,5	136,3	181,9
Tetravalente ( DTP+HIB )	-	-	88,8	149,0	121,3
Tríplice Bacteriana - DTP	99,5	107,3	36,4	6,8	2,8
Tríplice Viral ( Sarampo, Caxumba e Rubéola )	67,0	98,7	95,3	161,7	117,4

Fonte: SESA/

Nos cinco anos referidos acima em que foram realizadas as campanhas contra Influenza para a população de 60 anos e mais, o município superou as metas de vacinar 70% de sua população de 60 anos e mais, atingindo em 2004 91% e todas as metas alcançadas dos Indicadores relativos às ações de Imunização de Rotina e Campanha pactuadas na PPI-VS.

### 4.2-VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A importância da ação regulatória da Vigilância Sanitária sobre as condições que determinam ou estão relacionadas com as condições de saúde e com a qualidade de bens e serviço de consumo evidencia a necessidade de uma preocupação maior com este tipo de atividade, pois fica cada vez mais clara a responsabilidade do poder público quanto ao desenvolvimento ou não destas ações com a eficiência e eficácia necessária.

As ações de Vigilância Sanitária são executadas em dois níveis: municipal (serviços básicos) e estadual (média e alta complexidade).

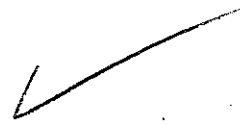
Quadro 16 – Estabelecimentos Inspeccionados por Ramo de Atividade

Descrição	Quantidade
Insp. Sanitária em Comercio de Alimentos	1175
Insp. Sanitária em drogaria/ervanária/posto de medicamento	1030
Insp. Sanitária em Instituto de Beleza	66
Insp. Sanitária em Hotéis, Motéis e congêneres	61
Educação e Comunicação em Vigilância Sanitária	58
Insp. Sanitária em Creches/Estabelecimentos de Ensino	86
Insp. Sanitária em comércio de Produtos saneantes domissanitários	22
Insp. Sanitária em estabelecimentos de massagem/tatuagem	04
Insp. Sanitária em estação Rodoviária e Ferroviária	05
Insp. Sanitária em Cemitério/Necrotério/Crematório	01
Insp. Sanitária em comércio de correlatos	31
Insp. Sanitária de cosméticos, perfumes	06
Insp. Sanitária em serviços relacionados à saúde	64
Insp. Sanitária em locais de uso público/restrito	05
Insp. Sanitária em empresas de transporte e distribuidoras	01



Quadro 19 - Estabelecimentos de saúde

UNIDADES SANITÁRIAS E SERVIÇOS DA PMG	2000	2004
CAPS Centro de Atenção Psicossocial	—	01
CCZ - Centro de Controle de Zoonoses	01	01
Centro de Saúde	02	02
Centro Municipal de Especialidades	—	01
Centro Municipal Odontológico	—	01
CTA - Centro Testagem e Aconselhamento HIV/DST/AIDS	—	01
Laboratório de Análises Clínicas*	01	01
PA - Pronto Atendimento	01	01
PESE-Programas Especiais e Saúde do Escolar	—	01
Unidades de Saúde	17	20
Unidade de Vigilância Epidemiológica	01	01
Unidade de Vigilância Sanitária	01	01
Unidade Móvel Odontológica	01	02
<b>CONTRATADOS PELA PMG</b>		
Clínica Radiológica Santa Elisa	01	01
Laboratório de Análises Clínicas	01	03
<b>CONTRATADOS PELO SUS</b>		
Ambulatório do Hospital São Judas	01	01
Ambulatório do Hospital Nossa Sª da Conceição	01	01
Colônia de Pescadores de Guarapari	01	01
Sindicato dos Trabalhadores Rural de Guarapari	01	01
Sociedade Pestalozzi Guarapari	01	01
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>43</b>





Quadro 20 - Descrição dos Programas de Saúde

PROGRAMAS	ATUAÇÃO	ONDE FUNCIONA
1. AMA - Central de Agendamento	Agendamento de consultas e exames fora do Município	No CRE - todos os dias
2. CAPS Centro de Atendimento Psicossocial	Tratamento de pacientes c/ esquizofrenia e outros	CAPS todos os dias
3. CENTRO DE ATENÇÃO BÁSICA	Atendimento Médico aos pacientes encaminhados pelo PACS	Anexo ao Centro de Saúde Arnaldo Magalhães
4. CONTROLE DE VETORES	Combate aos mosquitos aedys egypt, culex etc.	CCZ. Todos os dias
5. CONTROLE DE PRAGAS URBANAS	Controle de ratos, baratas, cupins e outros	CCZ. Todos os dias
6. CTA - DST/HIV/AIDS	Atendimento e orientação a pacientes portadores Doenças Sexualmente Transmissíveis	CSDAMN. Todos os dias
7. DENGUE	Atendimento a pacientes com Dengue e suas complicações	USDRC - Todos os dias.
8. ESF - Estratégia Saúde da Família	Programa Saúde da Família Saúde e Prevenção	Em toda a zona rural e Perocão e Jabarai
9. ESQUISTOSSOMOSE	Tratamento paciente c/ Esquistossomose	USDRC - Todos os dias
10. HANSENIASE	Tratamento de pacientes com hanseníase e seus contatos	USDRC todos os dias a tarde e CSDAMN às 3ª e 5ª feiras
11. HIPERTENSÃO	Acompanhamento de pacientes c/ Hipertensão e Diabetes	Centro de Especialidades. Todos os dias.
12. IMUNIZAÇÃO	Vacinação Humana	Na Vigilância Epidemiológica - Todos os dias
13. LABORATÓRIO	Exames de :areias de praia, creches e escolas, larvas, chagas e malária	No CCZ. Todos os dias
14. LEISHMANIOSE	Tratamento de pacientes portadores de Leishmaniose	USDRC - Todos os dias
15. MDDA	Monitoramento de Doenças Diarréicas Agudas	Em todas as Unidades
16. PACS	Programa de Agentes Comunitários	Una, Jabarai, Perocão, Aqalberto, Bela Vista, São Gabriel, São Gabriel, N.ª Conceição, Portal Clube, Paturá, Santa Rosa, Camurugi, Itapebussú
17. PESE - Programas Especiais de Saúde do Escolar	Atendimento a alunos de Escolas Municipais, com Fonoaudiólogo, Psicólogo, Fisioterapias, Ass. Social	PESE todos os dias. Manhã e tarde.
18. PESMS - Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social	Saúde em ação nas comunidades	No CCZ
19. PLANTÃO DE MONITORAMENTO	Deslocamento ou recolhimento de animais mortos em via pública e domicílio	Plantão noturno, feriados e finais de semana.
20. CCZ	Finais de semana e feriados. Atendimentos meningite, atestados de óbito. Acidentes e captura de animais.	Enfermeiras Kátia e Sandra-
21. PROFILAXIA DA RAIVA ANIMAL	Controle e vacinação de animais pequeno porte	CCZ
22. PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA	Atendimento a pacientes acidentados por animal	USDRC e CSDAMN Todos os dias - PA finais de semana
23. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMETO	Atendimento a gestantes com pré-natal e acompanhamento.	CSDAMN - CAIC- Hosp. São Judas e Hosp. N. S. Conceição
24. SISVAN ou BOLSA ALIMENTAÇÃO	Cadastramento e Acompanhamento de crianças e gestantes baixo peso	PESE - Todos os dias
25. TESTE DO PEZINHO	Detectar as doenças Fenilcetonúria, Hipotireoidismo e Anemia Falciforme	USDRC p/ manhã - CSDAMN p/manhã US: CAIC - Perocão - Mealpe - Una
26. TUBERCULOSE	Tratamento de pacientes com TB e seus familiares e contatos	USDRC. Todo dia pela manhã
27. VIGIAGUA	Controle de qualidade da água p/consumo humano	Sede do CCZ
28. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Controle de vários programas e doenças infecto-contagiosas	Sede da SEMSA. Todos os dias
29. VIGILÂNCIA SANITÁRIA	Atendimento e emissão de Alvará Sanitário e orientação a Bares, restaurantes e similares	Sede da SEMSA. Todos os dias.
30. VIVA MULHER	Atendimento aos exames de Preventivo do câncer de colo.	CSDAMN. Todos os dias.
31. CENTRO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADE	Angiologia, Cirurgia geral, Dermatologia, Gastroenterologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia/traumatologia, Otorrinolaringologia, Urologia	Todos os dias

LEGENDAS: USDRC = Unidade Sanitária Dr. Roberto Calmon  
CCZ = Centro de Controle de Zoonoses

CSDAMN = Centro de Saúde Dr. Arnaldo Magalhães Netto  
PA = Pronto Atendimento Municipal

INSTITUIÇÃO	TIPO DE PRESTADOR	Nº DE LEITOS
Hospital São Judas Tadeu	SUS Particular	30 05
Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora da Conceição	SUS Particular	45 07
Hospital e Maternidade São Pedro	Particular	18
Pronto Atendimento	Público	07
<b>TOTAL</b>		<b>112</b>

Na área de urgência e emergência, os Hospitais São Judas Tadeu, Maternidade Nossa Senhora da Conceição e o Pronto Atendimento Municipal oferecem serviços de baixa complexidade prestando o primeiro atendimento e referenciando ao atendimento de média e alta complexidade.

O Pronto Atendimento realiza o encaminhamento por intermédio do guia de referencia e contra-referencia para os municípios de Vitória, ( HINSG, Hospital São Lucas, Hospital Santa Casa de Misericórdia), Vila Velha ( Hospital Bezerra de Farias, HIABA ) e Serra ( Hospital Dório Silva )

### 5.2 Recursos Humanos

O Quadro de Servidores em 2004, contava com 656 profissionais, sendo 138 Profissionais de Nível Superior, 352 Profissionais de Nível Médio e 96 Agentes Comunitários de Saúde e 70 Agentes de Saúde Pública (CCZ).

O Município implantou 02 Equipes de Estratégia de Saúde da Família, na zona rural do Município com cobertura de 100% da população e 01 Equipe na zona urbana, atendendo os bairros Perocão e Jabaraí.

Em análise do quadro de profissionais do município, observa-se uma defasagem em relação ao numero de servidores que devera ser superada a curto prazo através da realização do concurso publico .

Quadro 22 - Lotação de pessoal em 2005 por vínculo empregatício

DESCRIÇÃO	TOTAL
PMG / Efetivo	94
PMG / Comissionados	283
Cooperativa	214
FUNASA / EFETIVOS	19
IESP/EFETIVO	38
MS / EFETIVO	08
<b>TOTAL</b>	<b>656</b>

### 5.3-Produção dos Serviços

Quadro 23 - Atendimento Odontológico

Procedimentos	2001	2002	2003	2004
1ª Consulta	5.296	6.052	6.679	5.274
Exodontia Permanente	2.788	4.444	3.597	2.239
Procedimentos Coletivos	4.011	7.374	20.872	20.183
Procedimentos Restauradores	7.952	9.583	13.400	12.369
Exodontia Resto Radicular *	---	---	---	604

\* Até o ano de 2003, o procedimento de exodontia resto radicular era informado juntamente a exodontia permanente.

Quadro 24 - EXAMES LABORATORIAIS (ROTINA/ESPECIALIDADE)

PROCEDIMENTO	2001	2002	2003	2004
Acido Úrico	830	1.603	1.554	2.588
Bilirrubina Total e Frações	68	252	133	171
Colesterol Total	1.383	1.868	3.192	5.269
Creatinina	354	1.002	1.197	2.831
Fosfatase Alcalina	-----	52	-----	160
Anti-HCV Anticorpos contra virus hepate	-----	-----	-----	324
Antibiograma	-----	-----	-----	1.683
Anticorpos Anti-núcleo IFI	-----	-----	-----	11
Capacidade Fixação ferro	-----	-----	-----	120

Células Lê-Pesquisa	----	----	----	06
Chagas RFC	----	----	----	01
Citopatológico cérvico vaginal/micro flor	----	----	----	5.138
Clearance de Creatina	----	----	----	30
Cloreto	-----	-----	----	08
Cultura Culturas Automatizadas	----	----	----	28
Curva Glicêmica Clássica 5 dosagens Oral	----	----	----	04
Desidrogenase Láctica	----	----	----	03
Dosagem Hemoglobina	----	----	----	02
Fibrinogênio-dosagem	----	----	----	02
Folículo Estimulante hormônio FSH	----	----	----	02
Fósforo	----	----	----	463
Gama Glutamil Transferese Gama GT	----	----	----	07
Gasometria(PH/PCO2/PO2/BICARB/AS/02/EXC B)	----	----	----	04
Glicose	2.647	4.450	----	9.952
Muco Proteínas	255	940	----	428
Potássio	-----	8	----	558
Sódio	-----	1	----	75
Transaminase Oxalacética	120	223	230	276
Transaminase Pirúvica	102	121	228	829
Uréia	319	611	842	2.986
Ferro Serico	116	14	----	123
Triglicerídeos	1.227	1.711	2.803	4.032
Calcio Ionizável	-----	----	----	469
Colesterol	-----	19	----	633
Colesterol (HDL)	346	628	451	----
Colesterol (LDL)	-----	-----	----	23
Colesterol (VLDL)	-----	-----	----	10
Colesterol (total)	-----	-----	----	2.831
Fator RH (Inclui Do Fraco)	-----	-----	2.327	3.449
Grupo ABO Determinação	-----	-----	2.876	3.977
Curva Glicêmica	-----	-----	----	04
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	-----	1	----	----
Parasitológico(métodos de concentração)	2.201	2.594	4.858	6.364
Hemácias Fetais - Pesquisa	-----	-----	----	----
Fração do Hemograma - contagem de plaquetas	-----	-----	----	11
Tempo de Coagulação	03	2	----	----
Tempo de Atividade da Protrombina	122	1.248	217	291
Tempo Tromboplastina (PTTA)	-----	-----	----	11
Antiestreptolisina O (ASLO)	-----	-----	701	804
Estreptolisinase-Dornase, ID	-----	-----	24	----
Eletroforese de Proteína	-----	-----	----	18
Eletroforese Hemoglobina focali. Isoel	-----	-----	----	11
Tempo de Sangramento	-----	2	----	06
Velocidade da Hemossedimentação	294	383	799	936
Exame Pré-Operatório	-----	-----	----	----
Tipagem Sanguinea - Fator Rh	404	2.097	518	----
Coombidireto(Inclui quantitativo)	-----	-----	----	----
Hemograma Completo	4.247	4.942	11.583	11.190
Coagulograma	03	1	----	----
Tempo de Tromboplastina	127	2.358	202	264
Gonadotrofina Corionica	09	22	----	01
Antiestreptolisina o	169	323	----	804
Fator Reumatoide	197	472	380	473
Gravidez - Teste Imunológico	29	37	33	228
Grupo AOB determinação	-----	-----	----	3.977
Hematócrito	-----	-----	----	02
IgE por Alegeno específico	-----	-----	----	22
IGM IDR	-----	-----	----	02
Luteinizante Hormônico - LH (cada)	-----	-----	----	04
Magnésio	-----	-----	----	07
Parasiol - Col Múltipla c/ forn liq. Conserv.	-----	-----	----	03
Paratomônio - dosagem	-----	-----	----	50
Prolactina	-----	-----	----	02
Proteína totais e frações	-----	-----	----	151
Proteinúria de 24 horas	-----	-----	----	33
Prova do Laço	-----	-----	----	02
Proteína C Reativa	379	456	542	763
Reserva Alvalina (bicarbonato)	-----	-----	----	04
Reticulócitos - Contagem	-----	-----	----	01
Sedimentos na Urina	-----	-----	----	00
Teste Falcização	-----	-----	----	02

Testosterona Total	----	----	----	01
Tipagem Sanguinea	----	----	----	00
Tipagem sanguinea AOB fator RH	----	----	----	00
Tiroxina Livre	----	----	----	31
Tiroxina T4	----	----	----	31
Transaminase Oxalacetica	----	----	----	00
Transaminase Piruvica	----	----	----	00
Transferrina	----	----	----	157
Triiodotironina T3	----	----	----	21
Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	----	----	----	936
Waler Rose	----	----	----	06
VDRL (Inclusive quantitativo)	603	1.416	1.883	2.199
Pesquisa Elementos Anormais/Sedimentação(EAS)	2.988	3.782	8076	10.184
Bioquímica I, II, III	2.190	----	----	----
Imunologia I, II	247	----	----	----
Amilase	----	23	----	02
Lipídios Totais	----	62	----	825
Colesterol (VL&L)	----	11	----	----
Hemoglobina Glicosilada	----	1	----	04
Ferritina	----	1	----	157
Prova do Laço	----	1	----	----
Tempo de Trombina	----	5	----	----
Plaquetas – teste de Adesividade	----	48	----	----
TSH – Hormônio estimulante Tireóide	----	21	----	53
Rubéola Anticorpos IGG	----	968	1.137	883
Rubéola HA	----	913	1.141	963
Anti – HBS – Antico Contra Antig's Hepatite	----	504	33	166
HBS.AG – Antígeno's' (superfície) Hepatite B	----	600	104	1.630
Toxoplasmose [F]+IGG	----	1.030	1.296	1.325
HBsAG-Antígeno "s" (Superfície) Hepatite B	----	----	1.310	166
Toxoplasmose [F]+(IGM)	----	1.197	1.337	1.213
Anticorpos Anti – HIV+HIV2 – (Elisa)	----	600	264	417
PSA – (Antígeno Prostático Especifico)	----	228	353	640
Bacil. Dir. P/ Pesq. Baar P/ Diagn. Tuberculose	----	491	621	834
Bacil. Dir. P/ Pesq. Baar P/ Cont. Trat. Tuberculose	----	188	228	203
Bacil. Dir. P/ Pesq. Baar P/ Diag. Hanseníase	----	18	41	----
Bacteroscopia (por lâmina)	----	153	227	259
Cultura P/ Identificação de Bactérias	----	504	1.554	1.683
Antibiograma	----	714	1.556	12
<b>TOTAL</b>	<b>21.970</b>	<b>41.920</b>	<b>64.769</b>	<b>92.391</b>

Quadro 25 – Palestras Educativas

	2002	2003	2004	TOTAL
Ativ. Educ. Atenc. Básica c/Grupo Comun. Nv. Su.	02	195	03	200
ATIV. Educ. c/Grupos na Comun. (PACS/ESF)	1.426	997	238	2.661
Ativ. Educ. c/Grupo Comun. em Vigil. Sanit.	286	647	58	991
Ativ. Educ. Ass. Esp/Alta Compl. C/Gr Comunid.	441	-	-	441
<b>TOTAL</b>	<b>2.155</b>	<b>1.839</b>	<b>299</b>	<b>4.293</b>

Quadro 26 – Visitas Domiciliares

	2002	2003	2004	TOTAL
Ativ. Execut. P/Agente Comunit. Saúde – PACS	77.591	88.486	94.303	260.380
VIST. Domicil. P/Profiss. Nível Médio	504	1.099	853	2.456
Visit. Domicil. Cons./Atend. Atenc Básica	21	231	103	355
Visit. Domicil. P/Cons./Atend. Assist. E.	04	-	106	110
<b>TOTAL</b>	<b>78.120</b>	<b>89.816</b>	<b>95.365</b>	<b>263.301</b>

Quadro 27 - Atendimento de Enfermeiros

	2002	2003	2004	TOTAL
Cons./Atend. Atenção Básica Enfermeiro	1.770	66	1.141	2.977
Cons./Atenc. Domicil. Atenc. Básica Enfermeiro	88	183	23	294
Cons./Atend. Enfermeiro na Unidade (PACS/ESF)	4.931	1.833	1.746	8.510
Cons./Atend. Domicil. Enfermeiro (PACS/ESF)	3.061	1.445	1.462	5.968
<b>TOTAL</b>	<b>9.850</b>	<b>3.527</b>	<b>4.372</b>	<b>17.749</b>

Quadro 28 – Consultas de Outros profissionais de nível superior

2002	2003	2004	TOTAL
10.446	11.936	15.649	38.031

6- Recursos Financeiros

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Fundo Municipal de Saúde de Guarapari foi criado através da Lei Municipal n.º 1.293/91 e regulamentado pelo Decreto Municipal n.º 145/96, tem como embasamento legal de criação as Leis Federais n.º 8.080/90 e 8.142/90, passou a exercer suas atividades a partir do ano de 1999, a fim de atender aos regulamentos legais.

O F.M.S. é composto por Contas Correntes Bancárias Específicas, que recebem receitas provenientes de Transferências Federais Fundo a Fundo e de Contrapartida do Município nos moldes da Emenda Constitucional N.º 09/2000, tendo sido aplicado pelo Município no exercício de 2003 13,10% das receitas vinculadas, devendo chegar obrigatoriamente a 15% no ano de 2004.

O F.M.S. realiza a contabilização de todas as receitas e despesas originárias de seu orçamento, bem como as de categoria extra-orçamentária, ao alcance das Políticas de Saúde, essencialmente, aquelas relativas ao Programa de Atenção Básica, parte fixa e variável.

Valor total em R\$ que a União – Ministério da Saúde e o município repassaram para a conta bancária específica do Fundo Municipal de Saúde

Quadro 29 - Repasse bancário específico do fundo Municipal de Saúde

REPASSE UNIAO / MUNICIPIO	SALDO EM 31/12/2003	TOTAL REPASSADO 2004	REND APLICACAO 2004	TOTAL
CARTÃO SUS	0,00	0,00	0,00	0,00
FARMÁCIA BÁSICA	60.342,12	517.596,98	8.912,94	586.852,04
MAC PRODUÇÃO	3.403,33	605.962,69	3.125,66	612.491,68
PAB FIXO	63.565,63	1.392.508,59	9.630,55	1.465.704,77
PACS	0,00	293.720,00	0,00	293.720,00
TFECD	30.431,46	684.911,58	3.846,68	715.727,72
VIG. SANITÁRIA	0,00	23.774,91	0,00	23.774,91
CONTRAPARTIDA	578.188,07	6.207.056,16	18.902,65	6.804.146,88
TAXAS DO CCZ	1.600,62	3.690,74	86,16	5.377,52
TAXAS V. SANITÁRIA	11.784,77	134.254,35	1.571,06	147.610,18
PAM / CTA / AIDS	33.498,63	111.337,64	1.880,87	146.717,14
<b>TOTAL</b>	<b>782.814,63</b>	<b>9.974.813,64</b>	<b>47.956,57</b>	<b>10.802.122,84</b>

TABELA GERAL DE RECURSOS TRANSFERIDOS AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE EM 2004

Quadro 30 – Recursos transferidos ao fundo Municipal de Saúde em 2004

MESES	ARRECAÇÃO	VLR A DEPOSITAR 15%	VLR DEPOSITADO AO FMS	PERCENTUAL REPASSADO
JANEIRO	5.204.429,80	780.664,47	415.000,00	7,97%
FEVEREIRO	4.905.846,55	735.876,98	625.664,47	12,75%
MARÇO	4.198.879,25	629.831,898	220.000,00	5,24%
ABRIL	2.797.312,97	419.596,95	450.000,00	16,08%
MAIO	2.599.113,15	389.866,97	780.822,23	30,04%
JUNHO	2.142.052,33	321.307,85	191.000,00	8,92%
JULHO	2.269.790,22	340.468,53	259.039,58	11,42%
AGOSTO	3.413.593,85	512.039,08	611.224,61	18%
SETEMBRO	3.044.494,38	456.674,16	578.658,28	19%
OUTUBRO	2.175.658,46	326.348,77	392.506,81	18,04%
NOVEMBRO	2.120.463,92	318.069,59	372.246,46	17,55%
DEZEMBRO	3.679.655,38	551.948,31	4.001.921,58	27,23%
<b>TOTAL</b>	<b>36.551.290,26</b>	<b>5.782.694,15</b>	<b>5.898.084,02</b>	<b>15,30%</b>

Fonte: Fundo Municipal de Saúde /Contabilidade Geral do Município

## DESPESAS POR RECURSOS

T.F.E.C.D. – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Recursos Fundo a Fundo consignados pela PPI-ECD – Programação Pactuada Integrada, e destinados exclusivamente para a Manutenção das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

São computados como contrapartida os gastos relativos a Folha de Pagamento de pessoal do CCZ – Centro de Controle de Zoonoses e DIVIGIEP – Divisão de Vigilância Epidemiológica, despesas de custeio como encargos, combustíveis, água, luz, telefone e outros de manutenção dos Órgãos afins.

### PRODUÇÃO MAC – Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Recursos Fundo a Fundo, originários da Produção dos Procedimentos de Média e Alta Complexidade. São custeados com esses recursos toda a Manutenção (própria e terceirizada) dos Serviços de Diagnóstico Por Imagem, Exames Laboratoriais, Manutenção de Equipamentos, Serviços de Odontologia, dentre outros feitos pela SEMSA.

### PAB FIXO – Piso da Atenção Básica Parte Fixa

Fundo, na ordem de R\$ 10,00 (dez reais) por habitante/ano, para a manutenção de toda a Atenção Básica do Município.

### PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Recursos Fundo a Fundo, na ordem de um PNS - Piso Nacional de Salários/mês por agente admitido no Programa e com produção informada via Sistema, utilizado exclusivamente para o pagamento dos Contratos Temporários de Prestação de Serviços dos Agentes Comunitários de Saúde.

### CAD SUS - Programa Nacional de Cadastro do Cartão do Usuário do SUS

Fundo a Fundo, utilizados exclusivamente para o pagamento dos Contratos Temporários de Prestação de Serviços dos Agentes Cadastradores do Cartão SUS, tendo sido insuficientes, onde o Município têm realizado a complementação.

### Programa Nacional de Vigilância Sanitária

Recursos Fundo a Fundo, utilizados na Manutenção das Ações Pactuadas de Vigilância Sanitária Municipal.

### Programa Nacional de Farmácia Básica

Recursos Fundo a Fundo, na ordem de R\$ 1,00 (um real) por habitante utilizado exclusivamente para a aquisição dos medicamentos que compõem a Farmácia Básica, devendo ser acrescido de 0,50 de contrapartida do Estado e o mesmo valor do Município.

### Taxa de Arrecadação de Alvará Sanitário

Recursos transferidos pela Municipalidade, relativos à Arrecadação de Taxas de Serviços originárias das Ações da Vigilância Sanitária Municipal, utilizado na Manutenção Administrativa da Vigilância Sanitária e de outras ações de deliberação exclusivas da Secretaria de Saúde.

### Taxa de Arrecadação de Serviços Gerados pelo Centro de Controle de Zoonoses

Recursos transferidos pela Municipalidade, relativos à Arrecadação de Taxas de Serviços originárias das Ações do Centro de Controle de Zoonoses, utilizado na Manutenção dos Programas do próprio Órgão.

### Contrapartida do Município Conforme EC 029/2000

Recursos transferidos pela Municipalidade, relativos à Contrapartida consignada na Emenda Constitucional n.º 029/2000, originários da Arrecadação de Impostos e de Transferência Constitucionais.

Utilizado na Manutenção Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde e na complementação dos todos os Programas de Atenção Básica com o fim do atingimento do Plano de Saúde Municipal e das Estratégias Políticas de Saúde do PPA 2002/2005 - Plano Prurianual de Investimentos.

PAM – CTA – AIDS (Plano de Aplicação e Metas, Centro de testagem e acompanhamento da AIDS)

Recursos Fundo a Fundo, pactuados para manutenção do CTA e em ações educativas e preventivas da AIDS.

#### IV- PRINCÍPIOS E DIRETRIZES POLÍTICAS DO SUS E COMPROMISSOS DE GOVERNO DO MUNICÍPIO

##### A) ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo a NOAS 01/2002, complementada pela Portaria N.º 2023/03, o município encontra-se habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica.

Neste contexto, serão evidenciadas três diretrizes de atenção à saúde, incluindo:

1. Fortalecimento e estruturação das ações na Atenção Básica
2. Humanização do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde
3. Capacitação dos profissionais de saúde

Atender à saúde da população com serviços de qualidade, resolutivos e humanizados constitui-se num dever do Estado a ser buscado em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, e vem a ser prioridade atual do Ministério da Saúde e também do nosso município. Investir na qualificação das ações de saúde reflete esta prioridade, vindo a ser um fator protetor da saúde, reduzindo os riscos e a morbi-mortalidade e promovendo maior efetividade e eficiência no sistema como um todo.

O desafio que se coloca no momento é a sua atualização como uma estratégia estruturada em seus objetivos, componentes, atividades, resultados e impactos esperados, articulando-se um padrão assistencial desejado a uma organização gerencial necessária à sua realização.

Para tanto a dimensão da qualidade deverá permear todos os seus componentes, garantindo que o seu desenvolvimento e a sua avaliação considerem as ações, serviços e seus resultados para além dos aspectos quantitativos já verificados atualmente, mas como consequência da articulação de saberes e práticas destinadas a uma atenção integral e equânime das necessidades de saúde, com resolutividade.

Por isso, temos a presente proposta, de inserir no compromisso político da atual gestão de investir, para além da ampliação de serviços, na melhoria contínua da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde.

Vale ressaltar, inicialmente, aspectos que envolvem todas as diretrizes na análise da atenção à saúde, constituindo-se importantes pilares estruturantes das ações com objetivo de superar as possíveis desigualdades em saúde: a reorganização da prática assistencial e a qualificação das ações e serviços oferecidos. Em relação ao primeiro, ressaltam-se o fortalecimento da atenção básica através da operacionalização de seus princípios orientadores que implica na acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura a atenção à saúde. A existência do aporte regular de cuidados, pela equipe de saúde, ao longo do tempo, no ambiente de relação mútua e humanizado entre a equipe de saúde e indivíduos.

A oferta de serviços que atendam as necessidades mais comuns da população adstrita e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, sociais e psicológicos que causam as doenças. Garantir a continuidade e continuidade de atenção, através da equipe de saúde no que se refere aos problemas que requerem seguimento constante.

Em relação segundo, enfatiza-se a humanização do atendimento, promovendo-se um maior acolhimento dos pacientes nos serviços de saúde e no relacionamento paciente e demais profissionais de saúde. Por isso, a consolidação do SUS exige não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas uma reestruturação da prática assistencial focada na organização de serviços básicos de qualidade e eficientes, capazes de solucionar 80% dos problemas em saúde.

Por fim, a focalização na família e o reconhecimento de suas necessidades em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, através de uma análise situacional das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Nessa perspectiva, o fortalecimento da atenção básica é consolidado através da expansão da cobertura do Programa Estratégia de Saúde Família, assegurando-se atenção integral e qualificada, com investimentos nos vários níveis assistenciais.

##### B) ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

A análise das condições de saúde da população brasileira é aqui realizada em duas dimensões:

- Uma visão geral da morbimortalidade
- Perfil epidemiológico

Como resultado da luta pela Reforma Sanitária desenvolvida no Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu as bases para a edificação de um novo modelo de gestão da saúde ao determinar a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, como meio de assegurar ao povo brasileiro o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Determinou-se, então, que esse sistema deveria ser organizado de forma descentralizada, transferindo-se o poder de decisão e recursos financeiros da União e dos Estados para os municípios, e administrado em todos os níveis, com a participação da comunidade. A responsabilidade pelo financiamento desse sistema é atribuída solidariamente às três esferas de governo ( União, estados e municípios ) e a própria sociedade, no entanto, não se definiu, no momento de elaboração da C.F. de 1988, a participação de cada parte nesse financiamento. Essa questão tem se constituído um dos principais problemas e desafios para a viabilização plena do que se propõe o SUS, solução esta recentemente sanada com a aprovação no Congresso Nacional da Emenda Constitucional nº 29, que obriga aos estados, municípios, Distrito Federal e União a aplicarem percentuais sobre os recursos orçamentários próprios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Com a implementação do modelo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde, transferindo-se para o município os recursos e as responsabilidades pela definição e operação da política local de saúde, surgiu a necessidade



da utilização de instrumento de gestão que garantisse o uso de recursos específicos, transferidos da União, do Estado e do próprio município, para financiamento da saúde local.

Além de ter que assegurar a aplicação desses recursos exclusivamente na saúde, prevenindo contra eventuais e possíveis desvios, esse instrumento deveria ser gerido de forma racional, democrática, transparente e com participação da comunidade.

Para atender a essa diretriz, optou-se então pela gestão dos recursos financeiros da saúde por um Fundo Especial, O Fundo de Saúde - uma modalidade já prevista na lei federal 4.320/64, mas pouco utilizada na esfera governamental. Entende-se por Fundo Especial, "o produto de receitas específicas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultado a adoção de normas peculiares de aplicação" (ART 71, lei 4.320/64). Essas receitas somente serão aplicadas se estiverem vinculadas a dotações consignadas na lei do orçamento ou em créditos adicionais; seus saldos positivos, salvo restrições da lei de criação do fundo, serão transferidos para o exercício financeiro seguinte. "A lei que instituir o fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem, de qualquer modo, elidir a competência específica do Tribunal de Contas ou órgão equivalente" (ART 71 a 74, lei federal 4.320/64).

Para receber recursos financeiros, transferidos da União e do estado para a saúde, a lei federal 8.142/90 determina que em cada município seja criado, por lei específica, o Fundo Municipal de Saúde - FMS. De acordo com as diretrizes e princípios do SUS, deverá constar da lei de criação do F.M.S:

## V - PROGRAMAÇÃO

### 1- AÇÕES DE ATENÇÃO A SAÚDE

#### CONTROLE DA HANSENÍASE

O Município de Guarapari vem conseguindo atingir ao longo dos anos todas as Metas Pactuadas referentes aos indicadores da PPIVS e Pacto da Atenção Básica, fruto do intenso trabalho desenvolvido nesse período, como melhoria da informatização das informações, supervisões, educação continuada dos profissionais de saúde e o trabalho constante das equipes no que tange medidas de prevenção e recuperação do abandono. O percentual de saídas por cura também vem melhorando, atingindo parâmetros considerados bom pelo Ministério da Saúde, isto é, saídas por cura igual a 90%.

Apesar do progresso, conquistado através da melhoria da qualidade dos serviços de saúde que atendem o paciente de hanseníase, Guarapari vem mantendo um crescimento no coeficiente de detecção de casos.

Manter a busca de casos, garantir o tratamento, evitar o abandono e fornecer os demais cuidados necessários ao paciente, é o principal objetivo do Programa Municipal de Controle da Hanseníase, que vem atuando também no sentido de descentralizar as atividades referentes ao controle da hanseníase para as equipes de PACS e saúde da família, garantindo assim atendimento e controle mais perto do cidadão.

#### CONTROLE DA TUBERCULOSE

Na execução do planejamento das ações do Programa Municipal de Controle da Tuberculose para o ano de 2004 foram estabelecidas as seguintes metas:

- a) Manter a detecção anual de pelo menos 70% dos casos estimados de TB, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde, onde o número de casos esperados baseia-se na população do município, dessa forma no ano de 2004 foram diagnosticados 50 casos, representando uma taxa de incidência de 50,39%;
- b) Curar pelo menos 85% dos casos novos em tratamento, em 2004 o Município curou 96% dos casos novos de tuberculose;
- c) Manter o abandono de tratamento em percentuais considerados aceitáveis pelo MS, que são inferiores a 5% dos casos. Em 2004 não foi registrado nenhum abandono de tratamento;
- d) Aumentar a descoberta de bk+ em 5%.

Para o alcance destas metas foram estabelecidas as seguintes estratégias:

- ❖ Garantir o acesso às Unidades de Saúde para diagnóstico, controle, DOTS, quimioprofilaxia, efeitos colaterais;
- ❖ Garantia da supervisão da tomada de doses;
- ❖ Manter a compra de vale transporte e cesta básica para os pacientes de baixa renda;
- ❖ Garantir veículo para busca de faltosos e de comunicantes;
- ❖ Fortalecer a rede laboratorial para diagnóstico e controle de tratamento da TB;
- ❖ Capacitação de recursos humanos nas ações do PCT;
- ❖ Realizar ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social, com enfoque para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde através de campanhas, TV, rádios, cartazes e folder, palestras em escolas e comunidades;
- ❖ Intensificar o DOTS em áreas cobertas por PACS/PSF e implementar nas Unidades de Saúde e implantar na Unidade de Saúde referência em TB;
- ❖ Acompanhar e avaliar a execução das estratégias adotadas.

### PROGRAMA DE AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE - PACS

O PACS tem importante papel no aprimoramento e consolidação do SUS, apartir da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para Estratégia de Saúde da Família (ESF.)

As equipes desempenham atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de visita domiciliar, ações educativas individuais e coletivas na comunidade.

#### Metas

- ➔ Instituir planilha de supervisão direta com adjetivo de avaliar o grau de satisfação da comunidade em relação as visitas realizadas pelos ACS;
- ➔ Capacitar e garantir processos de educação permanente dos enfermeiros instrutores/supervisores em parcerias com outros serviços da rede publica municipal
- ➔ Instituir fluxo de informação para os demais serviços de saúde;
- ➔ Articular e promover interação com outros serviços através de reuniões trimestrais para planejamento de ações;
- ➔ Utilizar dados gerados pelo sistema de informação (SIAB) para atividades prioritárias no processo de programação e planejamento das ações do PACS.

### CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL - CAPS

O CAPS foi habilitado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/450 de 19 de agosto de 2004, sob o registro nº 25.000.144/214/2004-11, instalado no Município de Guarapari no mês de janeiro de 2004. Sítio à Avenida Vitória, nº 100 – Sítio Guadalupe, no Portal de Santa Mônica.

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, considerando ainda o disposto na NOAS-SUS 01/01, CAPS II e em serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes, tendo como caracterização responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em Saúde Mental no âmbito do Município.

Deve possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada na rede assistencial no seu território, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de Saúde mental, realizar o cadastramento dos pacientes para a área de Saúde Mental e assistir aos pacientes do elenco de medicamentos do próprio Programa e ou sua complementação.

### PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL - PESMS

Criado pela Portaria Federal nº 225/03 de 14 de maio de 2003, implantado no município através da Portaria SEMSA 008/03 de 03 de novembro de 2003, tem como objetivos:

- ➔ Estruturação da área de educação em saúde;
- ➔ Desenvolvimento de ações de educação em saúde e mobilização social, visando a prevenção de doenças e promoção de saúde e exercício cidadania;
- ➔ Capacitação em promoção de saúde;
- ➔ Promoção de ações intersetoriais de co-responsabilidade da sociedade;

### PROGRAMAS ESPECIAIS E SAÚDE DO ESCOLAR - PESE

Programa criado através de parcerias entre as Secretárias Municipais de Saúde (SEMSA), Educação (SEMED) e Assistência Social (SESSO), oferecendo serviço social, de saúde e educativo aos municípios de Guarapari, em especial aos estudantes, e seus familiares, e aos professores da rede municipal de ensino.

O PESE prioriza o desenvolvimento de atendimentos individuais, acompanhamento de casos e orientações nas áreas de fonaudiologia/psicologia, geriatria e assistência social que visam o estabelecimento do bem estar físico e psíquico, entendidos como procesos dinâmico e interligados.

Conta com um centro de fisioterapia, o que tem contribuído para a construção de um atendimento multiprofissional, estabelecendo uma visão plural e integrada sobre a diversidade de sintomas que caracterizam os atendidos pelo corpo técnicos do programa.

O PESE possui como objetivo geral o oferecimento de apoio, assessoria, orientação e atendimento especializados nas áreas de reabilitação fisioterápica, sócio-afetiva, e de linguagem às crianças, adolescentes suas famílias e professores da rede municipal de ensino.

#### Metas

**SETOR PSICOLOGIA**

- Manutenção dos atendimentos individuais ou em Grupos às crianças e adolescente da rede municipal de ensino;
- Devolutiva para Orientadores e Professores das escolas, cujas as crianças estejam em atendimento;
- Realização mensal da palestra nas escolas, Centro de Educação Infantil e/ou Comunidades sempre que solicitado;
- Orientação preventiva, junto às crianças, aos adolescente da rede municipal de ensino e aos pais e responsável, sobre temas relacionados ao uso abusivos de drogas e álcool;
- Orientação individual para professores da SEMED;
- Implementação do grupo operativo realizado com os pais e responsáveis pelas crianças e adolescente atendidas no PESE e professores da rede municipal (Apêndice A)
- Implantação do grupo operativo para a 3ª idade;
- Apoio através de orientações psicológicas aos seguintes programas: Agentes Jovem, Agentes de Saúde, Bolsa Família, Hiper-Dia e Programa de Saúde vocal para professores da rede de ensino municipal.
- Realização de Psicologia de casais para os pais e responsáveis pela crianças e adolescentes atendidos no PESE;
- Atendimentos sempre que possível ao grupo da 3ª Idade;
- Orientação psicológica para adolescentes gestantes;
- Oferecer treinamentos aos servidores das unidades de saúde nas temáticas: Relação Humanas, Ética Profissionais, Qualidade no atendimento ao Cliente Interno e Externo.

**SETOR DE FONAUDIOLOGIA**

- Manutenção do atendimento clínico ou em grupo às crianças, adolescente e professores da Rede Municipal de Ensino, limitado às Patologias da fala e da Voz;
- Devolutiva semestral para orientadores e professores das escolas cujas crianças estejam em atendimento Fonoaudiológico;
- Atendimentos clínicos e Apoio ao Projeto da 3ª idade, respeitando critérios e prioridades;
- Atendimentos a novas crianças e adolescentes inseridas no Ensino Público Municipal (Educação Infantil e Ensino Fundamental);
- Intensificar a integração entre o Setor e o centro de Referência ao idoso;

**VIGILÂNCIA AMBIENTAL****CENTRO DE CONTROLE DE ZONÓSES - CCZ**

O CCZ tem o objetivo de exercer a vigilância ambiental em saúde a prevenção e o controle de agravos relacionados a fatores biológicos e não biológicos, bem como o controle e proteção da população de animais em área urbana e rural do Município.

Destacam-se os objetivos da Vigilância Ambiental em Saúde, produzir, integrar, processar e interpretar informações, visando a disponibilizar ao gestor instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente; estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à Vigilância Ambiental.

Na Saúde existem diversas instâncias de competência; identificando os riscos e divulgando as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e outros agravos à saúde; intervindo com ações diretas de responsabilidade dos setores ou demandando para outros setores, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais de riscos à saúde humana.

**MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS (MDDA)**

O Programa visa à melhoria na qualidade de vida e diminuição da mortalidade infantil. Sua ação é coletar dados e analisar as informações com o objetivo de adotar medidas de controle.

**PROGRAMA MUNICIPAL DE IMUNIZAÇÃO**

O Programa Municipal de Imunização tem como objetivo prevenir e manter sob controle as doenças passíveis de imunização.

Além das vacinações de rotina, são realizadas anualmente 2 campanhas nacionais de vacinação, cujo carro chefe é a Vacinação contra a Poliomielite, alcançando elevados índices de cobertura. São também aplicados simultaneamente outros tipos de vacinas, dentro do perfil epidemiológico do município.

## ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

O Programa Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoções, projeções e recuperação da Saúde dos indivíduos e da família do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

O objetivo do ESF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em orientados para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção esta centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

A Estratégia Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios éticos e operacionais básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, igualdade, equidade, descentralização e participação social (comunidade).

## CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - CTA *OM*

Testagem por oferecer teste laboratoriais; Aconselhamento procedimento de orientações codificado pelo CID10= Z71.7 que acompanha os pedidos e as entregas destes exames a seus usuários.

O trabalho do CTA é principalmente prevenção, orientação e educação através de campanhas, palestras e divulgação na mídia falada e escrita para as diversas DST/HIV/AIDS.

Destina-se ao tratamento destas DST's e acompanhamento dos portadores do vírus HIV e seus familiares. Atende quando solicitado casos de abuso ou violência sexual.

Fornece e realiza teste rápido em acidentes biológicos em gestantes no último trimestre da gravidez que não fizeram o pré-natal.

## PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA *Política a 2012*

O Bolsa Família nasce para enfrentar o maior desafio da sociedade brasileira, que é o de combater a fome e a miséria, e promover a emancipação das famílias mais pobres do país. Através do Bolsa Família, o governo federal concede mensalmente benefícios em dinheiro para famílias mais necessitadas.

O Bolsa Família é um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 100 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social.

A medida proporcionou mais agilidade na liberação do dinheiro a quem precisa, reduziu burocracias e criou mais facilidade no controle dos recursos, dando assim mais transparência ao programa.

## HIPERDIA

O Hiperdia tem como objetivo geral garantir o diagnóstico e a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento promovendo assim o atendimento resolutivo e de qualidade para os pacientes portadores de hipertensão e diabetes.

### Objetivos específicos

- ◆ Realizar ações de prevenção primária ( redução e controle de fatores de risco).
- ◆ Identificar, cadastrar e vincular as equipes de atenção básicas de todas unidades de saúde do município.
- ◆ Articular as iniciativas existente no campo da promoção e da Educação em Saúde para contribuir com adoção de estilos saudáveis de vida pela a população.
- ◆ Promover e manter o acesso regular dos pacientes, garantido aos mesmo os medicamentos incluídos no elenco mínimo definido pelo Ministério da Saúde.
- ◆ Diminuir as complicações e conseqüentemente o número de complicações por estes agravos.

Segundo a NOAS 01/02 o pacto de indicadores da atenção básica constitui instrumento nacional de avaliação e monitoramento das ações e serviços de saúde referentes a esta atenção, assim descritos:

## SAÚDE DA CRIANÇA

O município descentralizou o Sistema de Informação Sobre Mortalidade em Janeiro de 2003, passando a digitar o SIM, com um percentual de cobertura do Sistema de 86,82%. Foram computadas 477 Declarações de Óbito no município no ano de 2003, correspondendo a um coeficiente Geral de mortalidade de 4,94 óbitos por 1.000 habitantes. O percentual de óbitos notificados com causas definidas segundo os grandes grupos da CID10 foi de 93,4%.

A Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas, determina a ordem de importância da causa de morte, norteando ações.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil em 1999 atingimos 13,80% óbitos por mil nascidos vivos, em 2000 9,97% óbitos por mil nascidos vivos; em 2001 16,18% óbitos por mil nascidos vivos; em 2002 14,22% óbitos por mil nascidos vivos e em 2003 uma diminuição considerável para 8,56% óbitos por mil nascidos vivos.

Em relação ao número de Casos notificados de Agravos Agudos entre as doenças de notificação compulsória, as que apresentaram maior incidência em 2003 foram: Dengue 2.902 (3.003,64%), Atendimento Anti-Rábico

Humano 447 (462,66%), Esquistossomose 96 (99,36%), Hepatite Virais 37( 38,30%) e Acidentes Animais Peçonhentos 23 (23,80%).

No ano de 2003, tivemos uma cobertura de 149,0% com a vacina Tetravalente em crianças menores de 1 ano e todas as metas alcançadas dos Indicadores relativos às ações de Imunização de Rotina e Campanha pactuadas na PPI-VS.

Dos 1.635 nascimentos registrados em 2003, correspondendo a um coeficiente de natalidade de 16,92%. A proporção de crianças com baixo peso ao nascer foi de 5,3%, considerado pela OMS como índice baixo, tendo como referência 10% dos nascidos vivos.

As informações apresentadas pelo município permitem visualizar os desafios a serem enfrentados em relação à organização da Vigilância em Saúde com enfoque na análise de saúde e investigação, além de reforçar a importância da organização da atenção primária, com a adoção de políticas e ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Em Guarapari observa-se que a situação não mudou com relação das mortes por Doenças do Aparelho Circulatório que é a principal causa de óbito, havendo até uma pequena redução nos anos de 2001 e 2002, mas voltou a subir contribuindo com 34,17% das causas de morte em 2003. Em segundo lugar está as causas externas que só teve uma diminuição em 2003 e em terceiro lugar está as Neoplasias que vem aumentando a cada ano.

**AGÊNCIA MUNICIPAL DE AGENDAMENTO - AMA**

A AMA – Agência Municipal de Agendamento é um setor responsável por agendar os procedimentos de média e alta complexidade, com abrangência no Município de Guarapari e fora dele, nos locais determinados como referência, além de serem intermediários para o acesso dos pacientes a medicamentos de alto custo/excepcionais.

Tem por objetivo informar e orientar as pessoas, individualmente, de acordo com suas necessidades, respeitando-se a solicitação e orientação médica, traçando um perfil de ações para cada tipo de problema, dando resolutividade às decisões e ao andamento de todo processo.

A AMA agenda procedimentos que são realizados no Município, os especializados, e nos serviços de referência, os de média e alta complexidade, agendados no Centro de Marcação de Consultas, que abrange Hospitais, Clínicas e Centros Regionais de Referência, fora do Município.

Entre procedimentos agendados estão: consultas, cirurgias, referência para processos de acesso a medicamentos de alto custo/excepcionais, exames de alta complexidade.

**QUADRO DE METAS DO QUADRIÊNIO 2006-2009  
OBJETIVOS – DIRETRIZES E METAS PARA DO QUADRIÊNIO 2006 – 2009**

EIXO DE INTERVENÇÃO 1	ATENÇÃO À SAÚDE			
	OBJETIVO 1	Efetivar a atenção básica como ação prioritária da oferta de serviços do SUS, ampliando a cobertura da estratégia de saúde da família, promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde.		
DIRETRIZES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualificação e humanização na atenção à saúde</li> <li>▪ Expansão e efetivação da atenção básica de saúde</li> <li>▪ Reorganização da atenção ambulatorial e do atendimento de urgência Ampliação da Estratégia de Saúde da Família</li> <li>▪ Ampliação do acesso ao apoio diagnóstico laboratorial, RX e exames complementares</li> </ul>			
INDICADORES	META			
	2006	2007	2008	2009
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família	14,00	15,00	17,00	18,00
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	1,5	1,6	1,7	1,8
Média mensal de visitas domiciliares por família	0,3	0,4	0,5	0,6
<b>AÇÕES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ampliação do número de equipes de saúde da família</li> <li>❖ Construção de unidades de saúde</li> <li>❖ Reforma e ampliação das unidades já existentes</li> <li>❖ Contratação de médicos para especialidades básicas através da efetivação do concurso público</li> <li>❖ Humanização do atendimento e todo o serviço de saúde</li> <li>❖ Capacitação e educação permanente</li> <li>❖ Garantia de oferta de serviços que atenda as necessidades mais comuns da população adscrita</li> <li>❖ Implantação do Núcleo de atenção social como suporte às ações de saúde</li> <li>❖ Implementação o atendimento básico através da reorganização da capacidade já instalada</li> </ul>				
OBJETIVO 2	Implementar as atividades relacionadas a Assistência Farmacêutica Básica, apoiando as ações de saúde, com o propósito de ampliar o acesso dos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde aos medicamentos básicos, promovendo o seu uso racional.			

<b>DIRETRIZES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promoção da Atenção Farmacêutica nos Programas de Saúde</li> <li>▪ Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos</li> <li>▪ Complementação do elenco de medicamentos destinados aos Programas de Saúde</li> <li>▪ Reorientação e avaliação da Assistência Farmacêutica</li> <li>▪ Promoção do uso racional de medicamentos</li> </ul>
<b>AÇÕES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Implantar a Comissão Municipal de Farmacologia e Terapêutica para elaborar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais Todo o período</li> <li>❖ Efetivar Atenção Farmacêutica nos Programas de Saúde</li> <li>❖ Inserir o Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família em 2008</li> <li>❖ Adoção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais</li> <li>❖ Implantação da Comissão Municipal de Farmacologia e Terapêutica</li> <li>❖ Informatizar o atendimento nas unidades de saúde de maior porte e almoxarifado de medicamentos (computador, impressora, estabilizador, periféricos)</li> <li>❖ Reorganizar a infraestrutura das farmácias das unidades de saúde</li> <li>❖ Aquisição de material bibliográfico científico para implantação da Comissão de Farmacologia e Terapêutica</li> <li>❖ Capacitação de todos os profissionais envolvidos com a Assistência Farmacêutica</li> <li>❖ Contratação de profissional farmacêutica através da efetivação do concurso público</li> </ul>	

<b>EIXO DE INTERVENÇÃO 2</b>	<b>EM RELAÇÃO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>
<b>OBJETIVO 1</b>	<p>Promover a integração do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, no que se refere à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de forma a ampliar a sua capacidade de análise de situação de saúde e de resposta às necessidades da população.</p> <p>Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos.</p>
<b>DIRETRIZES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estruturação da Vigilância Ambiental em Saúde</li> <li>▪ Prevenção e controle das doenças imunopreveníveis</li> <li>▪ Prevenção e controle da Malária, da dengue e outras doenças transmitidas por vetores</li> <li>▪ Prevenção e controle da AIDS e outras doenças sexualmente transmitidas</li> <li>▪ Controle da Tuberculose e eliminação da Hanseníase</li> <li>▪ Prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis</li> </ul>

INDICADORES	META			
	2006	2007	2008	2009
Realizar cadastramento do Sistema de abastecimento de água	100%	100%	100%	100%
Realizar cadastramento de soluções alternativas de abastecimento de água	60%	60%	60%	60%
Realizar coleta de água para análise	360	360	360	360
Alimentar regularmente o SISAGUA - mensalmente	12	12	12	12
Realizar pesquisa de triatomíneos em domicílios em áreas com presença do vetor	100%	100%	100%	100%
Identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do Aedes Aegypti através de inspeções por imóvel	6 /ano	6 /ano	6 /ano	6 /ano
Tratar imóveis com focos de mosquitos	178.097			

INDICADORES	META			
	2006	2007	2008	2009
Realizar pesquisa malacológica em coleções hídricas de áreas endêmicas e focais para esquistossomose	15	16	17	18
Realizar campanha vacinação anti-rábica em cães e gatos em 80% da população canina e felina estimada	80%	80%	80%	80%
Realizar bloqueio de focos de raiva animal	100%	100%	100%	100%
Realizar vacinação de animais apreendidos	100%	100%	100%	100%
Realizar vacinação de rotina em cães e gatos	133	136	139	141
Realizar exame laboratorial para vigilância da raiva canina	27	29	31	33
Observar clínica de animais agressores (cão, gato e ferret)	80%	80%	80%	80%
Realizar exames coproscópicos para controle da esquistossomose e/ou helmintoses em áreas endêmicas	1.500	1.510	1.520	1.530

Promover exames para diagnóstico de malária	06	07	08	09
Curar casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA)	50%	50%	50%	50%
<b>AÇÕES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ( Dengue ) - Realizar tratamento focal , eliminação de criadouros, monitoramento de pontos estratégicos, levantamento de índice de infestação , tratamento químico espacial, bloqueio de focos, reconhecimento geográfico, garantir insumos específicos, Monitoramento e Avaliação da operacionalização do Plano Nacional de Controle da Dengue, e desenvolver ações de educação em saúde</li> <li>❖ ( Esquistossomose ) – Fazer reconhecimento geográfico, delimitando áreas focais ou endêmicas, com identificação e monitoramento de áreas vulneráveis, realizar investigação epidemiológica, garantir insumos e medicamentos para diagnóstico e tratamento, pesquisa malacológica e desenvolver ações de educação em saúde</li> <li>❖ ( Leishmaniose Tegumentar Americana ) – Fazer reconhecimento geográfico para mapeamento das áreas de foco, realizar pesquisa entomológica, controle de hospedeiros domésticos, diagnósticos, tratamento e investigação epidemiológica, desenvolver ações educativas e de mobilização social</li> <li>❖ ( Doença de Chagas ) – Fazer reconhecimento geográfico , realizar vigilância entomológica em área de risco, sorologia para diagnóstico, tratamento e investigação epidemiológica, desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social</li> <li>❖ ( Malária ) – Fazer reconhecimento geográfico , realizar pesquisa entomológica, realizar diagnóstico rápido e tratamento oportuno, e investigação epidemiológica, educação em saúde</li> <li>❖ ( Pragas Urbanas ) – Manejo ambiental e controle químico de animais sinantrópicos e peçonhentos, captura de espécimes para controle, monitoramento e identificação, educação em saúde</li> <li>❖ ( Programa de Profilaxia da Raiva e Outras Zoonoses ) – Capturar animais de pequeno, médio e grande porte, educação em saúde</li> </ul>				
<b>INDICADORES</b>	<b>META</b>			
	2006	2007	2008	2009
Atingir percentual de 95% com cobertura vacinal adequada para Tetravalente em < de 1 ano	95%	95%	95%	95%
Atingir percentual de 95% com cobertura vacinal adequada para Tríplice Viral em < de 1 ano	95%	95%	95%	95%
Atingir percentual de 95% com cobertura vacinal adequada para Hepatite B em < de 1 ano	95%	95%	95%	95%
Realizar Campanha anual ( em 2 etapas ) contra poliomielite	95%	95%	95%	95%
Realizar Campanha anual contra influenza	70%	70%	70%	70%
<b>AÇÕES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Monitoramento das coberturas vacinais através do SI-API</li> <li>❖ Desenvolvimento de estratégias intra e intersetoriais para o alcance das metas estabelecidas pelo MS</li> <li>❖ Reduzir as doenças imunopreveníveis</li> <li>❖ Realização de campanhas</li> <li>❖ Investigar 100% dos eventos adversos pós-vacina</li> <li>❖ Realizar capacitações em sala de vacina para profissionais das Unidades Básicas de Saúde, equipes de PACS/PSF</li> </ul>				
<b>PROGRAMA</b>	<b>CTA/DST/AIDS</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>META</b>			
	2006	2007	2008	2009
Realizar testagem do HIV na população geral	1.787			
<b>AÇÕES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realizar campanhas de prevenção (rádio, TV, cartazes, folder, etc.)</li> <li>❖ Realizar a vigilância epidemiológica das DST</li> <li>❖ Criação do SAE com a finalidade da distribuição dos medicamentos e tratamento no município</li> <li>❖ Criação de mais 2 bancos de distribuição de preservativos masculinos em pontos estratégicos do município</li> <li>❖ Aquisição de 1 veículo (X)</li> <li>❖ Contratação de recursos humanos (X)</li> <li>❖ Ação continuada de capacitação para todos os profissionais</li> </ul>				
<b>PROGRAMA</b>	<b>CONTROLE DA TUBERCULOSE</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>METAS</b>			
	2006	2007	2008	2009
Proporção de abandono do tratamento da tuberculose	< =5	< =5	< =5	< =5
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	<=39,95			
Curar casos novos de tuberculose	85%	85%	85%	85%



**AÇÕES**

- ❖ Garantir o acesso às Unidades de Saúde para diagnóstico, controle, DOTS, quimioprofilaxia, efeitos colaterais;
- ❖ Garantia da supervisão da tomada de doses;
- ❖ Manter a compra de vale transporte e cesta básica para os pacientes de baixa renda;
- ❖ Garantir veículo para busca de faltosos e de comunicantes;
- ❖ Fortalecer a rede laboratorial para diagnóstico e controle de tratamento da TB;
- ❖ Capacitação de recursos humanos nas ações do PCT;
- ❖ Realizar ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social, com enfoque para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde através de campanhas, TV, rádios, cartazes e folders, palestras em escolas e comunidades;
- ❖ Intensificar o DOTS em áreas cobertas por PACS/PSF e implementar nas Unidades de Saúde e implantar na Unidade de Saúde referência em TB;
- ❖ Acompanhar e avaliar a execução das estratégias adotadas.

PROGRAMA	ELIMINAÇÃO DA HANSENIASE			
INDICADORES	METAS			
	2006	2007	2008	2009
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase	<=5	<=5	<=5	<=5
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase	<=2,57	<=2,57	<=2,57	<=2,57
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase	>= 90%	>=90%	>=90%	<=90%
Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico	<=10	<=10	<=10	<=10

**AÇÕES**

- ❖ Promover ações para o aumento da detecção precoce dos casos
- ❖ Promover palestras em escolas, unidades de saúde, etc.
- ❖ Realizar 1 campanha educativa ao ano para a população geral
- ❖ Divulgar informações sobre hanseníase (rádio, jornal, TV, Etc.)
- ❖ Treinar profissionais de saúde em diagnóstico da hanseníase
- ❖ Realizar reuniões com as equipes dos programas
- ❖ Manter a compra de vale transporte e cesta básica para os pacientes de baixa renda
- ❖ Garantir veículo para busca de faltosos e de comunicantes
- ❖ Fortalecer a rede laboratorial para diagnóstico e controle de tratamento da hanseníase
- ❖ Descentralização das ações para atenção básica

DIRETRIZES	VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES			
INDICADORES	META			
	2006	2007	2008	2009
Cadastramento dos estabelecimentos sujeitos ao controle da VISA	100%	100%	100%	100%
Ação educativa em Vigilância Sanitária equipes do PACS/PSF	100%	100%	100%	100%
Inspeção em comércio de alimentos	20%	20%	20%	20%
Inspeção em Drogarias, Ervarias e Postos de Medicamentos	100%	100%	100%	100%
Inspeção em Creches	100%	100%	100%	100%
Inspeção em Estabelecimentos de Ensino Fundamental	40%	40%	40%	40%
Inspeção em Estações Rodoviárias e Ferroviárias	100%	100%	100%	100%

**AÇÕES**

- ❖ Garantir a devida segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública, bem como combater adulterações de produtos, concorrências desleais e disfunções técnicas, visando à proteção da saúde da população
- ❖ Desenvolver ações integradas entre Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica para ações de prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos
- ❖ Implantar o Sistema de Informação em vigilância sanitária (SINAVISA)
- ❖ Implementar ações para orientação à população quanto ao consumo de alimentos, junto com PESMS, PACS E PSF

<b>OBJETIVO-2</b>	Promover a atenção à saúde de grupos populacionais mais relevantes: saúde da criança – saúde da mulher – saúde do idoso – saúde do trabalhador – saúde bucal e saúde mental, mediante a adoção de medidas que contribuam para a promoção de qualidade de vida.
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROGRAMA		SAÚDE DA CRIANÇA Adoção de linhas de cuidado na atenção integral, a reduzindo a morbimortalidade infantil.			
INDICADORES/AÇÕES		META			
		2006	2007	2008	2009
Taxa de mortalidade infantil		<=9,33	<=9,30	<=9,28	<=9,26
Taxa de mortalidade neonatal		<=8,08	<=8,06	<=8,04	<=8,02
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer		<=6,21	<=6,19	<=6,17	<=6,15
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas		<=6,66	<=6,64	<=6,62	<=6,60
Taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos		<=25,24	<=25,22	<=25,20	<=25,18

## AÇÕES

- ❖ Incrementar o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e estendendo o aleitamento misto até 2 anos de idade
- ❖ Implantar nos centros de saúde a "Primeira Semana de Vida Integral"
- ❖ Estudo do perfil nutricional das crianças das escolas municipais até final de 2006
- ❖ Acompanhamento anual das crianças em idade escolar matriculadas nas escolas municipais
- ❖ Análise antropométrica dos casos não estróficos e propostas para possíveis intervenções
- ❖ Promoção da "Semana da Alimentação Saudável" nas escolas municipais
- ❖ Lançar os dados das crianças pesadas nas unidades de saúde no sistema informatizado do SISVAN
- ❖ Promoção da alimentação saudável e combate à desnutrição

PROGRAMA		SAÚDE DA MULHER			
INDICADORES		META			
		2006	2007	2008	2009
Reduzir Taxa de mortalidade materna		<=100,8	<=100,6	<=100,4	<=100,2
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal		>=96,39	>=96,41	>=96,43	>=96,45
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados		50%	50%	50%	50%
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos		>= 0,21	>= 0,23	>= 0,25	>= 0,27
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer colo do útero		<=7,59	<=7,57	<=7,55	<=7,53
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama		<=14,8	<=14,6	<=14,4	<=14,2
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou + consultas de pré-natal		>=76,24	>=76,26	>=76,28	>=76,30

## AÇÕES

- ❖ Implantar o programa saúde da mulher
- ❖ Implantar ações de planejamento familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis de forma a atender as necessidades da população de mulheres em idade fértil
- ❖ Aumentar em 15% a cobertura do exame Papanicolaou na população de risco (35 a 49 anos de idade), visando reduzir a morbimortalidade por câncer de colo de útero.
- ❖ Implantação do comitê de investigação de mortalidade materna
- ❖ Garantir a pelo menos 60% das gestantes integrantes das famílias beneficiárias do Bolsa Família o acompanhamento segundo a agenda de compromissos do setor saúde (vigilância alimentar e nutricional, vacinação e pré-natal).
- ❖ Mobilização social de incentivo às ações do programa e educativas visando a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero e mama

PROGRAMA		CONTROLE DA HIPERTENSÃO			
INDICADORES		META			
		2006	2007	2008	2009
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)		<=32,53	<=32,51	<=32,49	<=32,47
Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares		<=139,4	<=139,2	<=139,1	<=138,9
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)		<=48,98	<=48,96	<=48,94	<=48,92

## AÇÕES

- ❖ Sensibilização para a promoção de hábitos saudáveis para a população
- ❖ Promover a implementação do SIS-HIPERDIA com o cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes
- ❖ Sensibilização dos profissionais para realização do diagnóstico precoce e tratamento adequado, visando a redução de danos cardiovasculares
- ❖ Descentralizar as ações de DM-HA para PACS/PSF

PROGRAMA		CONTROLE DA DIABETES			
INDICADORES		META			
		2006	2007	2008	2009

Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus	<=38,1	<=38	<=37,9	<=37,7
Proporção de internações por diabetes mellitus	<=0,87	<=0,85	<=0,83	<=0,81
<b>AÇÕES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Sensibilização para a promoção de hábitos saudáveis para a população</li> <li>❖ Promover a implementação do SIS-HIPERDIA com o cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes</li> <li>❖ Sensibilização dos profissionais para realização do diagnóstico precoce e tratamento adequado, visando a redução de danos cardiovasculares</li> <li>❖ Descentralizar as ações de DM-HA para PACS/PSF</li> </ul>				
<b>PROGRAMA</b>	<b>PROMOÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO VOLTADA À QUALIDADE DE VIDA</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>			
	2006	2007	2008	2009
Realizar campanha anual contra a influenza na população com 60 anos e mais	70%	70%	70%	70%
<b>AÇÕES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Implantação do Programa da Atenção a Saúde do Idoso</li> <li>❖ Prestar assistência adequada ao idoso</li> <li>❖ Capacitar profissionais de saúde da rede básica para o atendimento ao idoso</li> </ul>				
<b>PROGRAMA</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR COM MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DA ATENÇÃO À SAÚDE</b>			
<b>AÇÕES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Efetivar a educação na prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais</li> <li>❖ Criação de um grupo de Coordenação em Saúde do Trabalhador</li> <li>❖ Fiscalizar e orientar quanto ao uso correto de equipamentos de proteção individual e coletivo pelos profissionais de saúde</li> <li>❖ Aquisição de equipamentos de proteção individual</li> </ul>				
<b>PROGRAMA</b>	<b>AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL</b>			
<b>INDICADORES</b>	<b>META</b>			
	2006	2007	2008	2009
Cobertura de primeira consulta odontológica	>=7,15	>=7,16	>=7,17	>=7,18
Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	>=0,07	>=0,08	>=0,09	>=0,10
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	<=5,14	<=5,14	<=5,14	<=5,14
<b>AÇÕES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Distribuir, anualmente kits de higiene oral.</li> <li>❖ Adquirir 01 unidade móvel odontológica</li> <li>❖ Contratar profissional cirurgião dentista, através da efetivação do concurso público</li> <li>❖ Garantir a inserção da equipe de saúde bucal em todas as equipes de saúde da família</li> <li>❖ Adquirir material para educação em saúde bucal</li> </ul>				
<b>EIXO DE INTERVENÇÃO 3</b>	<b>EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE</b>			
<b>OBJETIVO 1</b>	Fortalecer a gestão democrática do SUS, ampliando a participação e a capacitação dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do controle social, implantando mecanismos de defesa dos direitos da população no Sistema, considerando a sua importância para a promoção e a proteção da saúde.			
<b>DIRETRIZES</b>	<b>APRIMORAMENTO DAS INSTÂNCIAS E PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS</b>			
<b>AÇÕES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realizar a 13ª Conferência Nacional de Saúde – ETAPA MUNICIPAL</li> <li>❖ Capacitar os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde visando implementar práticas da humanização da gestão do SUS</li> <li>❖ Promover a integração entre o Conselho Municipal de Saúde e as Comunidades</li> </ul>				

## VI – CONTROLE E AVALIAÇÃO

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

As ações de monitoramento requerem a disponibilidade de informações essenciais, perfeitamente definidas, sistematicamente coletadas e analisadas. O processo de construção dessa base de informações, em cada esfera de gestão, será desenvolvido identificando as inter-relações dos objetivos do Plano e os nós críticos para o seu alcance.

Cada indicador precisa estar devidamente qualificado quanto a sua conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de obtenção, método de cálculo e categorias de análise, para que possa ser perfeitamente compreendido em todas as esferas envolvidas.

O Município de Guarapari possui implantado um Sistema de Informação, alimentando o Banco de Dados Nacional e Estadual periodicamente de acordo com normas estabelecidas por cada sistema, sendo encaminhados regularmente a Secretária de Estado da Saúde, os seguintes sistemas no ano de 2004.

- ➔ **SINASC** – Sistema de informações sobre Nascidos Vivos – 01 relatório mensal totalizando 12(doze) relatórios através disquete a SESA/COORDENADORIA DE INFORMAÇÃO/ SINASC.
- ➔ **SINAN** – Sistema de informação de agravos de notificação – envio através de disquete de relatório quinzenal de agravos agudos e mensal das notificações de agravos crônicos à SESA/COORDENADORIA DE INFORMAÇÃO/SINAN;
- ➔ **API/PNI** – Programa Nacional de Imunização – Envio de relatório mensal SESA/COORDENADORIA DE INFORMAÇÃO/SIM.
- ➔ **SIM** – Sistema Informação sobre Mortalidade – O município recolhe as declarações de óbitos nos cartórios e as enviam para SESA/IESP mensalmente.
- ➔ **SIA/SUS** – Sistema de Informação Ambulatorial – Alimentado mensalmente e encaminhamento a Secretaria de Estado da Saúde.
- ➔ **SISVAN** – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional –Encaminhado Relatório a Secretaria de Estado da Saúde.
- ➔ **SISCOLO** – Sistema de Internação do Câncer do Colo do Útero - É enviado conforme solicitação do estado um relatório do acompanhamento de todo tratamento do paciente . E o BPA do Colpositológico é enviado pelo laboratório que realiza o exame.
- ➔ **SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica, criado inicialmente para o acompanhamento da da implantação da estratégia de saúde da Família, encontra-se em processo de reformulação para abranger todas as unidades básicas de saúde;
- ➔ **HiperDia** ( Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos ) exporta dados do Subsistema HiperDia Municipal para o Subsistema HiperDia Federal através de Software. Monitora os pacientes captados e gera informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos a todos os pacientes cadastrados;
- ➔ **SisPréNatal** ( Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento ), Exporta BPA mensal para CCA / SESA sistema SIA/SUS para pagamento dos procedimentos.

## CONTROLE SOCIAL

As diretrizes do controle social atuando sobre o Sistema Único de Saúde estão previstas no art. N° 198, item III da Constituição Federal que integra a participação da comunidade com as ações e serviços públicos de uma rede regionalizada e hierarquizada e que constituem um sistema único. A Lei Federal n.° 8.124 de 28 de janeiro de 1990, no artigo 11°, regulamenta a participação da comunidade, criando as instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

A Lei Municipal N° 1.263/90 de 17 de dezembro de 1990, dispõe no Capítulo I, art. 1°, onde fica criado o Conselho Municipal de Saúde de Guarapari, com caráter deliberativo, constituindo a instância máxima do município de Guarapari no planejamento e gestão do Sistema Municipal de Saúde, conforme artigo 140 da Lei Orgânica do Município de Guarapari. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde de Guarapari:

1. Deliberar sobre o estabelecimento, o acompanhamento e avaliação da Política e Diretrizes Municipais de Saúde;
2. Aprovar, acompanhar e avaliar a execução do Plano Municipal de Saúde e convocar de dois em dois anos a Conferência Municipal de Saúde e propor novas Diretrizes Municipais de Saúde;

3. Propor o equacionamento de questões de interesses municipais aprovar as prestações de contas dos recursos do Sistema Único de Saúde no âmbito do município e aprovar contratos e convênios com a rede complementar do nível municipal;
4. Supervisionar o funcionamento dos serviços da rede complementar de saúde, determinando a intervenção nos mesmos no sentido de garantir as diretrizes e bases do Sistema Único de Saúde conforme artigo 198, da Lei Orgânica do Município de Guarapari.
5. Elaborar o seu Regimento Interno até 30 (trinta) dias após a sua instalação, devendo ser homologado por Decreto.

O artigo 3º da Lei 1.760, de 30 de junho de 1998, que alterou o art. 3º, da Lei nº 1.360/91, define a composição do Conselho e sua representatividade conforme segue:

#### I-Poder Executivo

- 02 (dois) representantes da Secretaria Municipal de Saúde.

#### II-Prestadores de Serviços

- 02 (dois) representantes de entidades que atuam no setor de assistência à saúde.

#### III- Profissionais de Saúde

- 02 (dois) representantes dos profissionais da área de Saúde.

#### IV-Usuários

- 06 (seis) representantes dos usuários de organismos ou entidades privadas, ou de movimentos comunitários.

O Secretário Municipal de Saúde é considerado membro nato do Conselho Municipal de Saúde.

#### Capacitação do Conselho Municipal de Saúde:

1. Instrumentalizar os conselheiros para o exercício de sua competência legal;
2. Definir as diretrizes e os princípios que definem o modelo assistencial do SUS;
3. Fortalecer a atuação do conselheiro como elemento catalisador da participação da comunidade;
4. Compreender o espaço dos conselhos como espaço de manifestação de diferentes interesses;
5. Promover intercâmbio de experiências entre conselhos e maior articulação com suas bases;
6. Compreender a saúde de forma ampliada, contemplando a articulação intersetorial com outras áreas das políticas públicas;

#### AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A avaliação deverá ser feita tendo como base as diretrizes estabelecidas e as ações dirigidas para o alcance de suas metas, por meio do acompanhamento dos indicadores; criação e implementação de instrumentos de registro e supervisão das ações e serviços.

O objetivo geral é avaliar os estágios de desenvolvimento, os avanços alcançados e impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas de saúde.

A análise deverá ser realizada a partir dos indicadores que foram selecionados, além de outras informações, resultantes de estudos, inquéritos, investigações e de pesquisa bibliográfica, e estará direcionada para: (1) identificar desigualdades nas condições de saúde e no acesso a ações e serviços, segundo variáveis geográficas e socioeconômicas; (2) verificar o impacto das ações e programas desenvolvidos, sobre as condições de saúde; e (3) indicar necessidades de reorientação estratégica das ações, segundo possíveis cenários que contemplem mudanças nos quadros político, institucional, econômico, social, tecnológico etc.

Deverá ser realizada, de forma contínua, a divulgação dessas práticas junto à população como forma de participação, e controle social, bem como criadas instâncias preparadas para receber e encaminhar eventuais críticas e sugestões dos usuários dos serviços contribuindo para concretização das ações de saúde segundo seus propósitos e em relação as metas pré-estabelecidas.

A lei nº 8142/90, define como instâncias colegiadas do SUS, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

A conferência de saúde compete avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, devendo reunir a cada quatro anos convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde deve contar com a representação dos vários segmentos da sociedade.

Ao Conselho de Saúde, que tem caráter permanente e deliberativo, compete atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O conselho de saúde é um órgão colegiado formado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

O monitoramento do Plano também exigirá um esforço de cooperação técnica integrada, utilizando equipes incumbidas de apoiar o desenvolvimento das ações descentralizadas.

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Estimativa da população período de 1996 à 2005	10
Quadro 2	População residente por faixa etária e sexo, 2005	10
Quadro 3	Número de escolas por dependência administrativa em Guarapari em 2003	16
Quadro 4	Numero de matrículas por dependência administrativa 2004	16
Quadro 5	Alfabetização em Guarapari	16
Quadro 6	Taxa de evasão escolar	17
Quadro 7	Habitação	18
Quadro 8	Taxa de mortalidade infantil, Guarapari, 1999 a 2003	20
Quadro 9	Taxa de mortalidade proporcional por faixa etária, de 1999 a 2003	21
Quadro 10	Taxa de mortalidade geral por grandes grupos de causa, de 1999 a 2003	22
Quadro 11	Mortalidade por sexo, Guarapari, de 1999 a 2003	22
Quadro 12	Mortalidade materna, Guarapari, de 1999 a 2003	23
Quadro 13	Distribuição percentual das internações por grupo de causas 2004	23
Quadro 14	Casos confirmados de algumas das principais doenças de notificação compulsória, de 2000 a 2003	24
Quadro 15	Cobertura vacinal por imunobiológicos, Guarapari, de 2000 a 2004	26
Quadro 16	Estabelecimentos inspecionados por ramo de atividade	27
Quadro 17	Atividades desenvolvidas pela vigilância sanitária em 2004	27
Quadro 18	Projetos realizados, setor de vigilância sanitária	28
Quadro 19	Estabelecimentos de saúde	30
Quadro 20	Descrição dos programas de saúde	31
Quadro 21	Instituições públicas e privadas	32
Quadro 22	Lotação de pessoal em 2005 por vínculo empregatício	33
Quadro 23	Atendimento odontológico	33
Quadro 24	Exames laboratoriais (rotina/ especialidade)	33
Quadro 25	Palestras educativas	36
Quadro 26	Visitas domiciliares	36
Quadro 27	Atendimento de enfermeiros	37
Quadro 28	Consultas de outros profissionais de nível superior	37
Quadro 29	Repasso bancário específico do fundo municipal de saúde	38
Quadro 30	Recursos transferidos ao fundo municipal de saúde em 2004	38
	QUADRO DE METAS DO QUADRIENIO 2006 - 2009	57

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de Guarapari	8
Figura 2	Pirâmide etária	11
Figura 3	Vista Parcial do parque estadual Paulo César Vinha	19