



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPARI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

# **2018 - 2021**

**Guarapari-ES**  
**Novembro de 2017**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPARI**

**Edson Magalhães – Prefeito**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Alessandra Santos Albani Gaigher – Secretária**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ADJUNTA**

**Bruna Nogueira da Silva – Secretária Adjunta**

**Região Administrativa do Estado  
Região Metropolitana\***

Endereço da Prefeitura: Rua Alencar Moraes de Rezende, n 100  
Jardim Boa Vista, CEP: 29217-900

Endereço da Secretaria: Rua Adamastor Antônio da Silva, Muquiçaba  
(Ao lado da Mecânica Plínio) – CEP: 29200-000

*\* Classificação de Regiões do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo - 2011.*



## **COMISSÃO ESPECIAL DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

*(Portaria/GAB n 030/2017, de 1 de Março de 2017)*

### **Equipe Técnica**

**JULIO CEZAR GOMES PINTO**  
Gerência de Planejamento, Controle e  
Avaliação

**PRISCILA R. BAETA DA COSTA**  
Gerência Administrativa

**ALESSANDRA MERIGUETE SIMÕES**  
Diretoria Geral da UPA

**SABRINA MORADO CIRINO**  
Sub Gerência de Avaliação dos  
Serviços de Saúde

**LORENA SANTOS DA SILVA**  
Gerência de Vigilância Ambiental

**SILVANA MEIRELLES**  
Gerência da Rede de Atenção Primária

**MURILO TARDIN ALVES**  
Gerência de Vigilância Sanitária

**LUDIMILA MARETTO DE ALMADA**  
Gerência da Vigilância Epidemiológica

## **GRUPO DE TRABALHO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

*(Resolução CMS n s 013/2017, de 12 de Abril de 2017)*

### **Conselheiros**

**ANDREA SCALFONI MENINI**

**CARMÉLIA JAINA**

**EWERTON PEREIRA DE JESUS MAXIMINO**

**LÚCIA PENHA DE SOUZA NOVAES BARBOZA**

**REGINA MELLO SCHOEFFER**

**RENAN LIRA MATOS CADAIS**

**SONIA MARIA DA SILVA MATTOS**



## Colaboradores

**ISÁQUEA BRAMBATI**

**Supervisão dos Serviços  
Ambulatoriais**

**GABRIELA VIZZONI MEZADRI**

**Supervisão Técnica de Atenção à  
Saúde**

**PATRICK AHNERT**

**Gerência de Saúde Bucal**

**DAIANI MUCELIN BURINI LIMA**

**Gerência de Assistência Farmacêutica**

**FABIANI COSTA SILVA**

**Sub Gerência do Sistema de Ouvidoria  
SUS**

**ELISA PEREIRA MACHADO**

**Sub Gerência de Programas de Saúde**

**FÁBIA ROBERTA TAVARES VIEIRA**

**Enfermeira**

**ESTER LACERDA BARBOSA**

**Secretaria Executiva do Conselho  
Municipal de Saúde**

**ESTHER NIVEA DE OLIVEIRA**

**Supervisão de Enfermagem da UPA**

**ELDRIANA FERREIRA DOS SANTOS**

**NASCIMENTO**

**Sub Gerência de Educação em Saúde**

**ROBERT CARDOSO VIEIRA**

**Gerência da Vigilância em Saúde**

**JOÃO CARLOS XAVIER**

**Supervisão Técnica de Administração  
e Planejamento**

**ÍNDICE**

| <b>ITEM</b>                                   | <b>PÁGINA</b> |
|---|---------------|
| 1. INTRODUÇÃO                                 | 7             |
| 1.1. Fundamentação Legal                      | 8             |
| 1.2. Contexto Histórico                       | 12            |
| 2. ANÁLISE SITUACIONAL                        | 15            |
| 2.1. Condições de Saúde da População          | 15            |
| 2.1.1. Aspectos Demográficos                  | 15            |
| 2.1.2. Crescimento Populacional               | 17            |
| 2.1.3. Situação Epidemiológica                | 21            |
| 2.1.3.1. Morbidade                            | 21            |
| 2.1.3.2. Mortalidade                          | 42            |
| 2.1.3.3. Grupos e Intervenções Específicos    | 47            |
| 2.1.3.3.1. Saúde da Mulher                    | 47            |
| 2.1.3.3.2. Saúde do Homem                     | 49            |
| 2.1.3.3.3. Saúde do Idoso                     | 49            |
| 2.1.3.3.4. Saúde Bucal                        | 52            |
| 2.1.3.3.5. Saúde Mental                       | 55            |
| 2.1.3.3.6. Tabagismo                          | 58            |
| 2.1.3.3.7. Saúde do Escolar                   | 59            |
| 2.1.3.4. Vigilância em Saúde                  | 60            |
| 2.1.3.4.1. Vigilância Epidemiológica          | 61            |
| 2.1.3.4.2. Vigilância Ambiental               | 62            |
| 2.1.3.4.3. Vigilância Sanitária               | 76            |
| 2.1.3.4.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador | 78            |



|   |     |
|---|-----|
| 2.1.3.5. Atenção Básica                                       | 82  |
| 2.1.3.5.1. Estratégia de Saúde da Família                     | 87  |
| 2.1.3.5.2. Territórios Sanitários                             | 92  |
| 2.1.3.6. Estabelecimentos de Saúde                            | 98  |
| 2.1.3.7. Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA            | 101 |
| 2.1.3.8. Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS-SAE | 103 |
| 2.1.3.9. Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada  | 103 |
| 2.1.3.10. Assistência Farmacêutica                            | 113 |
| 2.1.3.11. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)     | 118 |
| 2.1.3.12. Serviço de Salvamento Marítimo                      | 121 |
| 2.1.3.13. Corpo de Bombeiros Militar                          | 122 |
| 2.2. Determinantes e Condicionantes de Saúde                  | 123 |
| 2.2.1. Aspectos socioeconômicos                               | 123 |
| 2.2.1.1. Índice de Desenvolvimento Humano – IDHM              | 124 |
| 2.2.1.2. Indicadores de Alfabetização                         | 131 |
| 2.3. Gestão em Saúde  | 134 |
| 2.3.1. Descentralização                                       | 134 |
| 2.3.2. Recursos Humanos                                       | 135 |
| 2.3.3. Planejamento   | 136 |
| 2.3.4. Financiamento  | 137 |
| 2.3.5. Informação em Saúde                                    | 140 |
| 2.3.6. Participação Social                                    | 143 |
| 2.3.7. Ouvidoria da Saúde                                     | 145 |
| 3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS                              | 149 |
| 3.1. Diretriz Municipal I                                     | 149 |
| 3.1. Diretriz Municipal II                                    | 151 |



|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| 3.1. Diretriz Municipal III | 152 |
| 3.1. Diretriz Municipal IV  | 154 |
| 3.1. Diretriz Municipal V   | 155 |
| 3.1. Diretriz Municipal VI  | 156 |
| 3.1. Diretriz Municipal VII | 157 |
| ANEXO                       | 159 |



## 1. INTRODUÇÃO

O presente Plano Municipal de Saúde (PMS) estabelece, a partir da análise situacional do município de Guarapari, do levantamento das necessidades de saúde da sua população e do estudo da capacidade municipal de oferta de ações e serviços para o seu atendimento, na principal ferramenta de planejamento para o período de 2018 a 2021.

O Plano Municipal de Saúde que ora se apresenta à população tem como premissa a orientação na implementação das iniciativas de gestão no Sistema de Saúde Municipal, no âmbito do SUS. Efetua uma profunda reflexão da situação de saúde e explicita os compromissos de governo municipal.

A elaboração deste plano envolveu os diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, o qual participou de forma contundente na sua elaboração de forma compatibilizada com o Planejamento Regional do Governo do Estado do Espírito Santo e orientando-se pelas Diretrizes e Objetivos Nacionais configurados no Plano Nacional de Saúde 2016-2019 recomendados pelo Conselho Nacional de Saúde.

Apresenta-se este Plano como sendo o resultado do consenso de vários debates ocorridos ao longo dos meses que antecederam sua publicação.

Inicialmente, encontra-se a fundamentação legal, normas, atribuições e responsabilidades institucionais na gestão do SUS e os eixos que orientaram a composição temática do Plano. Em seguida, o PMS apresenta uma síntese das condições de saúde dos municípios, do acesso e da oferta de ações e serviços, dando a direção na definição de estratégias para a gestão do SUS.



Mais à frente, o PMS indica as diretrizes e quantifica metas a serem alcançadas, referenciadas aos objetivos de ampliação do acesso e aprimoramento do SUS. E, finalmente, o PMS apresenta as prerrogativas essenciais à eficácia de sua gestão.

A construção deste Plano Municipal de Saúde obedeceu às seguintes etapas:

- ☛ Definição de responsabilidade a respeito do documento inicial e coordenação dos trabalhos;
- ☛ Rodas de discussão com a equipe, Conselheiros de Saúde e Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;
- ☛ Realização da Conferência Municipal de Saúde;
- ☛ Elaboração do documento inicial;
- ☛ Apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

### **1.1. Fundamentação Legal**

Para operacionalizar as determinações de direito social da população e estabelecer as competências comuns da União, Estados, Distrito Federal e Município, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como proposta a organização da prestação das ações e serviços públicos, abrangendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com responsabilidade de financiamento compartilhada pelas três esferas administrativas e gestão central do Ministério da Saúde (MS). A execução das ações foi definida de forma descentralizada e direção única em cada esfera de governo. A Constituição facultou, ainda, a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde.

As Leis 8.080/90 e 8.142/90, introduziram o dever do Estado na execução de políticas econômicas e sociais de forma a reduzir o risco de doenças. Desta forma, definiu-se que



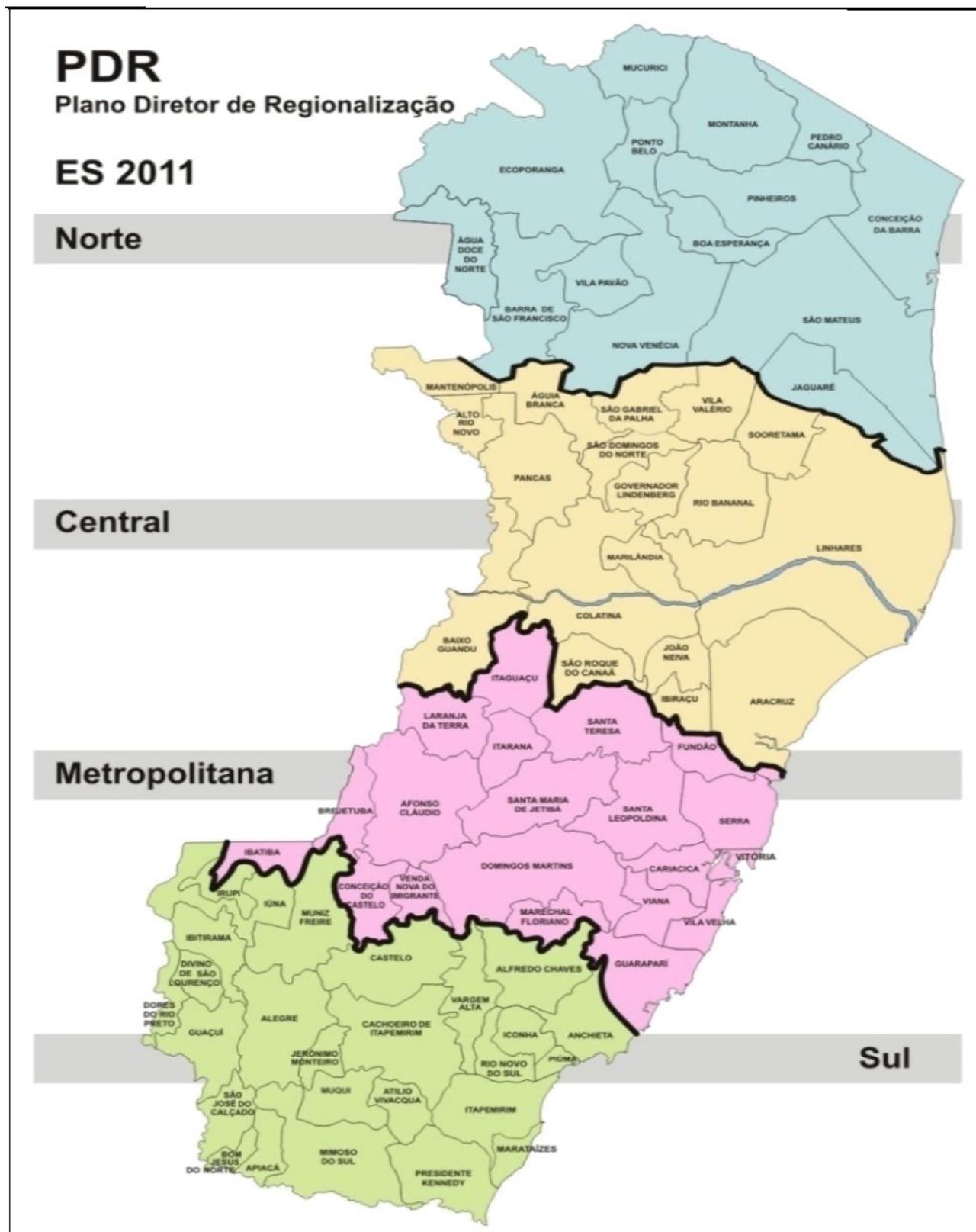
o SUS adota princípios fundamentais e organizacionais: universalidade, integralidade e equidade como estruturantes da institucionalidade do sistema.

Entre os princípios organizacionais verifica-se a descentralização de meios e responsabilidades, além da participação social na elaboração e controle da política nacional.

O Decreto n 7.508/2011, o qual regulamentou a Lei n 8.080/90, versa que o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa são elementos da organização do SUS como forma de assegurar a sua operacionalização de forma regionalizada e hierarquizada. Foi o Decreto que definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.



**MAPA 1 – Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Espírito Santo, 2011.**



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde - 2017



De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR-ES 2011, o Município de Guarapari está situado na Região de Saúde Metropolitana, junto a outros 19 municípios, a saber: Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória. Esta Região de Saúde possui uma população estimada (2015) em 2.180.633 hab. (dois milhões, cento e oitenta mil, seiscentos e trinta e três) habitantes, sendo mais de 90% (noventa por cento) estabelecida na zona urbana. A ocupação do território da região metropolitana se deu principalmente às margens das vias fluviais com uma população imigrante muito forte. Além da composição étnica por parte de portugueses, índios e negros, destacam-se os italianos e alemães, principalmente.

## **1.2. Contexto Histórico**

Devido à sua localização estratégica, litoral recortado e protegido naturalmente por diversas enseadas de águas calmas, Guarapari tornou-se um importante polo turístico a partir da década de 30. Além das belezas naturais existentes, há estudos que comprovam as propriedades terapêuticas das areias monazíticas encontradas em diversas praias deste litoral, motivo pelo qual ficou conhecida como “Cidade Saúde”. Privilegiada não só pela natureza que a dotou de muitos encantos, cantada em prosa e verso como maravilha da natureza, Guarapari teve a sorte de ter abrigado durante o período colonial, uma das figuras mais expressivas da Igreja e da própria História do Brasil, o Padre José de Anchieta. Assim, sob o manto da catequese e da fraternidade nasceu Guarapari.

Em 1569, o Padre José de Anchieta percorreu as terras do Espírito Santo como visitador dos jesuítas, encarregado de estabelecer novas aldeias para a catequese dos índios.



Nesta ocasião ficou determinado que fosse fundado numa dessas povoações Guarapari. A localização era totalmente favorável, pois julgavam por bem fundar aldeias e residências sempre às margens dos rios ou embocaduras, facilitando assim as entradas que necessitavam fazer a procura de novas levas selvagens.

A história conta que um missionário de Tenerife, a maior das Ilhas Canárias, província da Espanha, de nobres famílias da Península, Llarena, Loyola, Núñez e Anchieta e ainda soldado do grande Santo Inácio de Loyola, arribou a estas terras brasileiras a 13 de julho de 1.553. Era o Apóstolo José de Anchieta. Depois de haver evangelizado em outros cantos deste País, veio para a Capitania do Espírito Santo ao lugar chamado Reritiba, hoje Anchieta (Padre Antônio Núñez). Foi em 1.569, quando o Padre José de Anchieta percorria as terras do Espírito Santo como visitador dos jesuítas, encarregado de estabelecer novas aldeias para catequese dos índios Goitacás, Puris, Tupiniquins e Aimorés, sendo uma delas a de Guarapari, que determinou o nascer desta povoação. No alto de uma colina levantou-se um convento para os missionários, e uma igreja devotada a Sant Ana, recebendo este lugarejo o nome de Aldeia do Rio Verde ou Aldeia de Santa Maria de Guaraparim.

Para a inauguração da aldeia e da igreja, o Padre José de Anchieta compôs a mais expressiva de suas obras literárias, o Auto Tupi, escrito em língua tupi, pois os índios não sabiam a língua portuguesa, reverenciava Maria Imaculada, tendo como personagem a alma de Pirataraka, índio falecido. O Padre José de Anchieta foi evangelizador, músico, poeta e primeiro teatrólogo do Brasil, muito divertia os índios com teatros ao ar livre, vindo a falecer em 09 de junho de 1597. Missionários sertanistas, Padre Antonio Dias e outros trouxeram para Guarapari muitas levas de índios do interior das tribos Temiminós e Tupiniquins, tornando a aldeia uma das mais prósperas. Assim surgiu Guarapari, à sombra da fé, do sentimento e do amor ao próximo.



Em 1677, sob o mando de Francisco Gil de Araújo, Donatário da Capitania do Espírito Santo foi edificado outra igreja ao lado do posto do Convento, dedicando a Nossa Senhora da Conceição. Esta igreja nunca chegou a ser totalmente construída, pois pegou fogo. Mais tarde, tentou-se construí-la e foram refeitos os frontais e o campanário. Hoje a ruína encontra-se tombada pelo Patrimônio Histórico.

Em 1 de janeiro de 1679, por mercê de D. Pedro, o Donatário Francisco Gil de Araújo, elevava a aldeia de Guaraparim a categoria de vila. Com o crescimento da vila os jesuítas abandonaram em definitivo a aldeia, permanecendo fixado ao sul da Capitania em Reritiba, hoje a cidade de Anchieta.

Em 1835, foi criada a comarca de Guarapari pela Lei Provincial de 1.835, compreendendo a mesma o Rio Itapemirim, Beneventes e Guarapary. A administração da vila era feita pelo Presidente da Câmara, cargo que hoje corresponde ao de Prefeito. O primeiro cargo de Presidente da Câmara Municipal de Guarapari foi nomeado pela Princesa Isabel como comendador o Sr. Ismael de Paula Loureiro. No ano de 1860 a Vila de Guarapari teve a honra de receber a visita do Imperador do Brasil D. Pedro II.

Em 24 de dezembro de 1.878 Guarapari passou de vila a município, mas durante alguns anos ainda pertenceu à cidade de Anchieta. O serviço telegráfico foi inaugurado em 1.888.

A Lei Estadual de 19 de setembro de 1.891, sancionada pelo Juiz de Direito e Presidente da Província, Coronel Manoel da Silva Mafra, deu a Guarapari foros de cidade. Finalmente, em 29 de fevereiro de 1948, Guarapari teve sua Câmara instaurada.

*Fontes:*

*“Guarapari é o Seu Nome” - Autor: Pe. Antônio Nuñez (1987)*

*Site da Prefeitura Municipal de Guarapari – [www.guarapari.es.gov.br](http://www.guarapari.es.gov.br)*



## **2. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **2.1. Condições de Saúde da População**

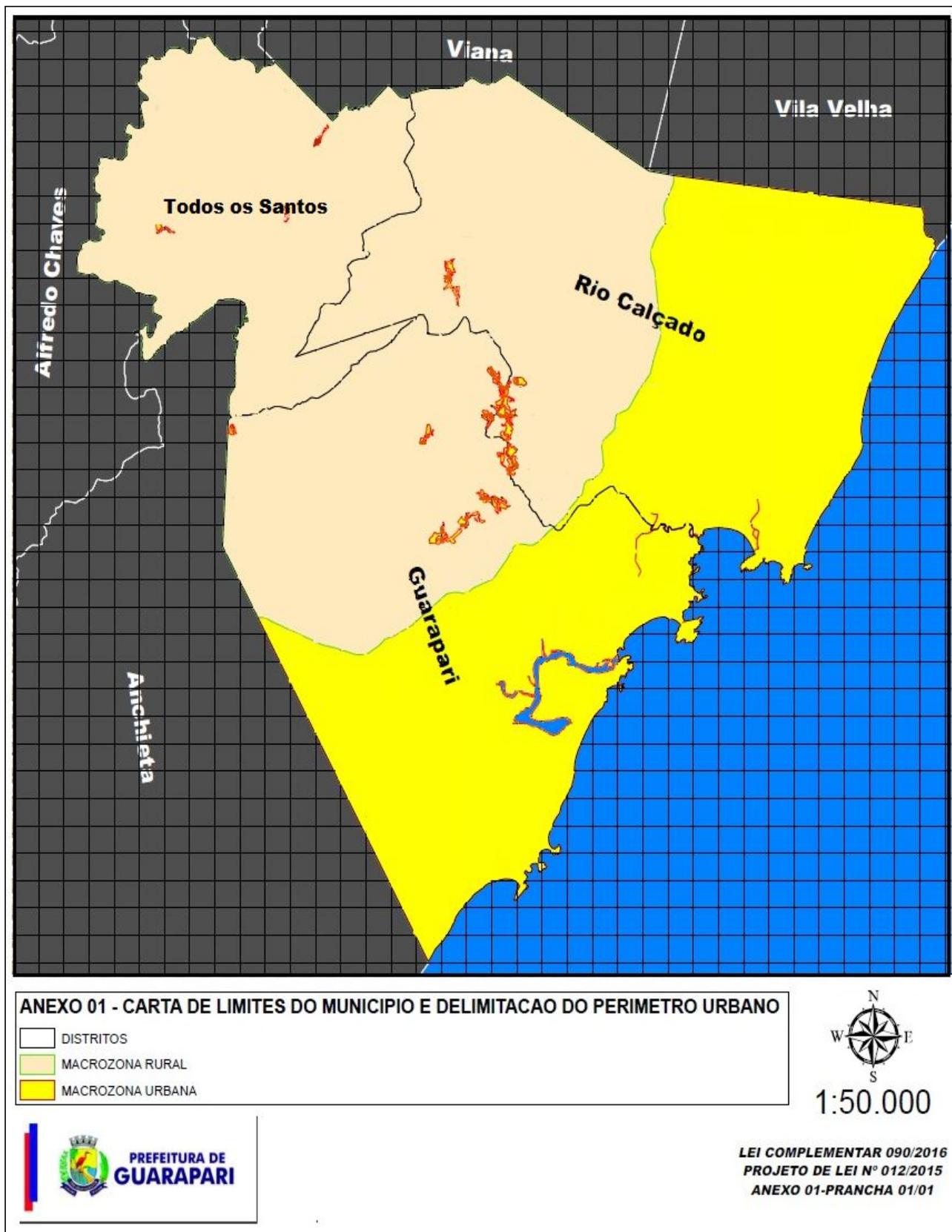
Este eixo relaciona os compromissos e responsabilidades ligados somente ao setor saúde. Para obter essas informações, foram identificados os principais problemas no que se refere às condições de saúde e, para isso, foi desenhado o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população guarapariense.

#### **2.1.1. Aspectos Demográficos**

Situado no litoral sul capixaba a 53 km da capital do Estado do Espírito Santo, o Município de Guarapari é o 9º do Estado em número de habitantes, segundo estimativas do IBGE (2016). Possui uma área de 592,23 km<sup>2</sup> com uma população de 121.506 habitantes (2016), segundo estimativas populacionais enviadas do TCU, correspondendo a uma densidade demográfica de 205 hab/Km<sup>2</sup>. Entretanto, esse número oscila durante o ano, ampliando consideravelmente devido à recepção de turistas e visitantes nos fins de semana e à população operária das construtoras e indústrias mineradoras dos municípios vizinhos.



**MAPA 2 – Carta de limites do município e delimitação do perímetro urbano.**  
**Guarapari-ES, 2016.**





Município: Guarapari

Gentílico: Guarapariense

Estado: Espírito Santo

Localização:

Altitude – 15 m

Latitude Sul – 20 40' 15"

Longitude Oeste – 40 29' 56"

Área – 592,23 Km<sup>2</sup>

Bioma: Mata Atlântica

População Residente: 121.506 habitantes (Estimativa IBGE-2016)

Mesorregião: Litoral Sul Espírito-Santense

Região de Saúde: Metropolitana

Distritos: Guarapari, Rio Calçado e Todos os Santos

Divisas: Vila Velha, Viana, Marechal Floriano, Alfredo Chaves e Anchieta

Ato de Criação do Município: Decreto n 53

Data de Criação do município: 11/11/1890

Data de Instalação: 19/09/1891

*Fonte: IBGE / IJSN*

### **2.1.2. Crescimento Populacional**

Entre 2000 e 2010, a população de Guarapari cresceu a uma taxa média anual de 1,76%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de



urbanização do município passou de 93,43% para 95,48%. Em 2010 viviam, no município, 105.286 pessoas.

Uma pesquisa sobre as estimativas das populações, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016, revelou que a população de Guarapari cresceu em 16.220 habitantes, passando de 105.286 para 121.506.

O crescimento médio bienal estimado registrado de 2014/2016 foi de 2,98%, já a taxa de crescimento anual registrou o percentual de 1,42%. Este incremento anual da população no município de Guarapari se deve muito aos fluxos migratórios de Regiões e Estados vizinhos, por conta da busca de oportunidade de emprego e melhoria da qualidade de vida.

**TABELA 1 – População residente por ano. Guarapari, 2012-2016.**

| População Residente por ano                               |           |             |
|---|-----------|-------------|
| Ano   | População | Método      |
| 2006  | 108.123   | Estimativa  |
| 2007  | 111.095   | Estimativa  |
| 2008  | 103.113   | Estimativa  |
| 2009  | 104.532   | Estimativa  |
| 2010  | 105.286   | Censo       |
| 2011  | 106.583   | Estimativa  |
| 2012  | 107.836   | Estimativa  |
| 2013  | 116.278   | Estimativa  |
| 2014  | 118.056   | Estimativa  |
| 2015  | 119.802   | Estimativa  |
| 2016  | 121.506   | Estimativa  |
| Taxa de crescimento bienal estimada (%) (2014-2016)       |           | 2,98        |
| <b>Taxa de crescimento anual estimada (%) (2015-2016)</b> |           | <b>1,42</b> |

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

**TABELA 2 – População residente por faixa etária e sexo. Guarapari, 2015.**

| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total | %Masculino | %Feminino | %Total |
|--------------|-----------|----------|-------|------------|-----------|--------|
| 0 a 4 anos   | 4191      | 3920     | 8111  | 7,11       | 6,44      | 6,78   |
| 5 a 9 anos   | 4452      | 4249     | 8701  | 7,55       | 6,98      | 7,27   |
| 10 a 14 anos | 4780      | 4956     | 9736  | 8,11       | 8,15      | 8,13   |
| 15 e 19 anos | 5215      | 5285     | 10500 | 8,84       | 8,69      | 8,77   |

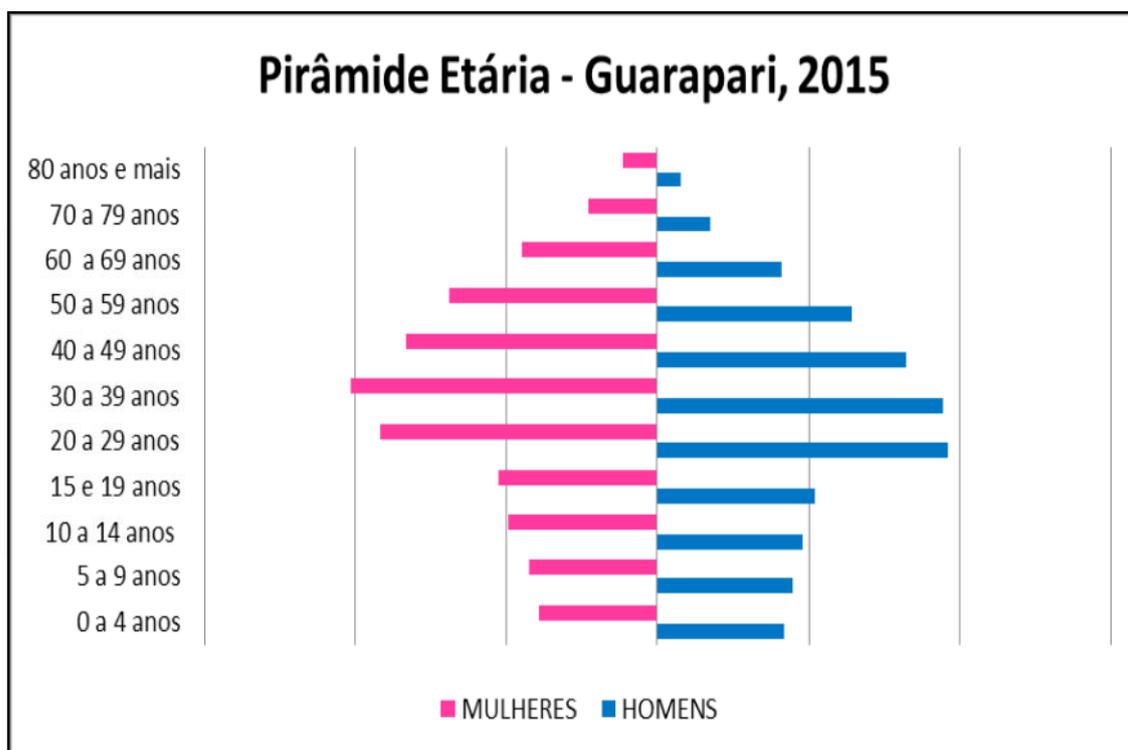


|                |        |        |         |       |       |       |
|----------------|--------|--------|---------|-------|-------|-------|
| 20 a 29 anos   | 9602   | 9162   | 18764   | 16,28 | 15,06 | 15,67 |
| 30 a 39 anos   | 9464   | 10130  | 19594   | 16,05 | 16,65 | 16,35 |
| 40 a 49 anos   | 8240   | 8315   | 16555   | 13,97 | 13,67 | 13,82 |
| 50 a 59 anos   | 6418   | 6903   | 13321   | 10,88 | 11,35 | 11,12 |
| 60 a 69 anos   | 4084   | 4513   | 8597    | 6,93  | 7,42  | 7,17  |
| 70 a 79 anos   | 1731   | 2278   | 4009    | 2,94  | 3,74  | 3,34  |
| 80 anos e mais | 789    | 1125   | 1914    | 1,34  | 1,85  | 1,59  |
| Total          | 58.965 | 60.836 | 119.802 | 49,22 | 50,78 | 100   |

Fonte: TABNET/DATASUS/Ministério da Saúde  
Acesso em 10/04/2017

Em relação à composição *Faixa Etária por Sexo*, o DATASUS-2015 demonstrou a existência de 58.965 pessoas sexo masculino (49,22%) e 60.836 pessoas do sexo feminino (50,78%) no ano de 2015.

**GRÁFICO 1 – Pirâmide etária relativa por sexo e idade. Guarapari, 2015.**



Fonte: TABNET/DATASUS/Ministério da Saúde



A *Pirâmide Etária* do Município aponta para a existência de um estreitamento do ápice (população acima de 60 anos). Tal estreitamento foi observado no Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2014-2017 e revelou que há um discreto envelhecimento da população. A população jovem, contudo, permanece em estágio de crescimento como pode ser verificado nos quadros comparativos dos anos 2000, 2010 e 2015. Existe ainda um notável equilíbrio na distribuição por sexo.

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 51,33% para 44,91% e a taxa de envelhecimento, de 5,16% para 7,36%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 63,11% e 4,26%.

Em 2015, todavia, a taxa de envelhecimento passou para 12,11%.

### TABELA 3 – INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS. GUARAPARI, 2012-2016.

| Condições   | 2012   | 2013   | 2014   | 2015   | 2016   |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Estimativa Populacional                                   | 107836 | 116278 | 118056 | 119802 | 121506 |
| Número de nascidos vivos                                  | 1559   | 1640   | 1760   | 1880   | 1743   |
| Taxa bruta de natalidade                                  | 14,46  | 14,1   | 14,91  | 15,69  | 14,34  |
| % de prematuridade (*)                                    | 11,27  | 8,56   | 9,8    | 9,04   | 9,62   |
| % de partos cesáreos                                      | 54,92  | 62,23  | 60,83  | 53,64  | 54,96  |
| % de partos normais                                       | 45,07  | 37,76  | 39,16  | 46,35  | 45,03  |
| Mães de 10-14 anos  | 19     | 18     | 16     | 19     | 10     |
| Mães de 15-19 anos  | 283    | 314    | 317    | 323    | 278    |
| % com baixo peso ao nascer (**)                           | 8,59   | 7,01   | 6,7    | 5,9    | 8,49   |
| Mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), 2015             |        |        |        |        | 37.848 |
| Proporção da população feminina em idade fértil (%), 2015 |        |        |        |        | 62,21% |

Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Acesso em 03/04/2017

**Notas:**

Dados preliminares do SINASC;

(\*) % Prematuridade:  $\leq 36$  semanas de gestação;

(\*\*) Baixo peso: nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas.



O total de nascidos vivos no Município de Guarapari manteve-se estável nos anos de 2012 a 2016. Sendo a proporção dos partos cesáreos maiores em relação aos partos normais. A partir da implementação da Rede Cegonha no Município no ano de 2015, houve crescimento no número de partos normais registrados, em contrapartida ao número de partos cesáreos.

A taxa de natalidade geral para o Município no ano de 2016 foi de 14,34 por 1000 habitantes (*Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC*).

### **2.1.3. Situação Epidemiológica**

#### **2.1.3.1. Morbidade**

Traçar o perfil epidemiológico da população consiste em um detalhado levantamento das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social. Com isso é feito uma análise do perfil epidemiológico, elaborando assim o diagnóstico de saúde de uma determinada população.

As doenças transmissíveis ainda são importantes problemas de saúde pública pelo impacto expressivo sobre a morbidade, com destaque para aquelas às quais não há eficazes mecanismos disponíveis de prevenção ou ainda têm relação associada a questões ambientais. Verifica-se a persistência de algumas doenças, ao mesmo tempo em que se observa o surgimento de outras, o que se torna desta forma motivos de planejamentos inconclusos, devido aos fatores que limitam a ação pública e dificultam seu controle, tais como:

- a) A associação com as condições de vida da população relacionadas à pobreza, educação, moradia, limitações no acesso a serviços de saúde, onde se pode



destacar a tuberculose, hanseníase, esquistossomose, dengue e as doenças diarreicas;

b) As dificuldades nas medidas de controle, destacando-se a dengue, a violência interpessoal ou a autoprovocada e intoxicação exógena;

c) Os hábitos de vida, onde se deve destacar intervenções estratégicas peculiares tendo por objetivo a prática de hábitos saudáveis, o que envolvem, neste aspecto, as hepatites virais, sífilis, aids, HIV e outras doenças transmissíveis.

Este estudo auxilia para definir a atual situação de saúde e organização da Vigilância em Saúde, definindo assim a adoção de políticas públicas de saúde, ações de prevenção, controle e promoção à saúde.

O Município vem perseverando no fortalecimento da Atenção Primária no que se refere às doenças/agravos transmissíveis e não transmissíveis.

O quadro a seguir apresenta a série histórica de 2014 a 2016 com a evolução das principais doenças imunopreveníveis, transmissíveis e agravos no Município de Guarapari. Esta limitação de anos foi definida como estratégia para verificação da evolução dos agravos registrados nos últimos anos do Plano Municipal de Saúde anterior.

**TABELA 4 - Frequência por ano da notificação segundo agravos compulsórios. Guarapari, 2014-2016. (\*)**

| AGRAVOS COMPULSÓRIO                                     | NOTIFICADOS |      |      |       | CONFIRMADOS |      |      |       |
|---|-------------|------|------|-------|-------------|------|------|-------|
|   | 2014        | 2015 | 2016 | TOTAL | 2014        | 2015 | 2016 | TOTAL |
| Dengue  | 502         | 1702 | 426  | 2630  | 54          | 716  | 205  | 975   |
| Atendimento antirrábico**                               | 649         | 480  | 616  | 1745  | 649         | 480  | 616  | 1745  |
| Violência Interpessoal/autoprovocada                    | 122         | 156  | 166  | 444   | 122         | 156  | 166  | 444   |
| Intoxicação exógena                                     | 108         | 111  | 125  | 344   | 108         | 111  | 125  | 344   |
| Sífilis Adquirida                                       | 53          | 107  | 173  | 333   | 53          | 107  | 173  | 333   |
| Hepatites Virais  | 39          | 82   | 47   | 168   | 33          | 76   | 47   | 156   |
| HIV   | 60          | 27   | 48   | 135   | 60          | 27   | 48   | 135   |
| Acidente de trabalho com exposição a material biológico | 34          | 45   | 49   | 128   | 34          | 45   | 49   | 128   |
| Sífilis em gestante                                     | 29          | 39   | 51   | 119   | 29          | 39   | 51   | 119   |



|                                  |    |    |    |     |    |    |    |     |
|----------------------------------|----|----|----|-----|----|----|----|-----|
| Acidente por animais peçonhentos | 41 | 39 | 37 | 117 | 41 | 39 | 37 | 117 |
| Tuberculose                      | 31 | 53 | 24 | 108 | 31 | 53 | 24 | 108 |
| Zika                             | 0  | 20 | 79 | 99  | 0  | 6  | 29 | 35  |
| Sífilis Congênita                | 8  | 44 | 39 | 91  | 8  | 44 | 39 | 91  |
| AIDS Adulto                      | 19 | 17 | 43 | 79  | 19 | 17 | 43 | 79  |
| Hanseníase                       | 22 | 25 | 6  | 53  | 22 | 25 | 6  | 53  |
| Esquistossomose                  | 27 | 6  | 6  | 39  | 27 | 6  | 6  | 39  |
| Leptospirose                     | 21 | 12 | 5  | 38  | 5  | 0  | 2  | 7   |
| Coqueluche                       | 10 | 7  | 4  | 21  | 4  | 6  | 2  | 12  |
| HIV em gestante                  | 6  | 9  | 5  | 20  | 6  | 9  | 5  | 20  |
| Malária                          | 5  | 9  | 4  | 18  | 0  | 2  | 0  | 2   |
| Meningite                        | 9  | 4  | 2  | 15  | 6  | 1  | 1  | 8   |
| Chikungunya                      | 0  | 0  | 12 | 12  | 0  | 0  | 4  | 4   |
| Doenças exantemáticas            | 1  | 4  | 1  | 6   | 0  | 0  | 0  | 0   |
| Febre maculosa                   | 1  | 0  | 2  | 3   | 0  | 0  | 0  | 0   |
| Chagas aguda                     | 0  | 0  | 1  | 1   | 0  | 0  | 0  | 0   |
| Acidente de Trabalho Grave       | 0  | 0  | 1  | 1   | 0  | 0  | 1  | 1   |
| AIDS em criança                  | 0  | 0  | 1  | 1   | 0  | 0  | 1  | 1   |
| Febre amarela                    | 1  | 0  | 0  | 1   | 0  | 0  | 0  | 0   |
| Hantavirose                      | 0  | 0  | 1  | 1   | 0  | 0  | 0  | 0   |
| Leshimaniose Visceral            | 0  | 0  | 0  | 0   | 0  | 0  | 0  | 0   |

Fonte: SINAN-MS. Acesso em 30/03/2017.

\* Os dados estão apresentados em ordem decrescente. Os dados estão apresentados por residência.

\*\* Os dados referentes a Atendimentos Antirrábicos não representam casos confirmados de Raiva Humana ou Animal.

Em relação ao número de Casos confirmados, os agravos/doenças que lideraram a série histórica apresentada foi Dengue (30,36%), seguido das Violência Interpessoal/Provocada (13,83%), Intoxicações Exógenas (10,71%) e Sífilis Adquirida (10,37%).

Observa-se, pelos números apresentados, que ações relacionadas ao atendimento anti-rábico necessitaram de ampliação, principalmente no controle da população canina. Tal controle passou a ser realizado através de esterilizações cirúrgicas, educação em saúde quanto à posse responsável e normatização através de lei municipal específica.

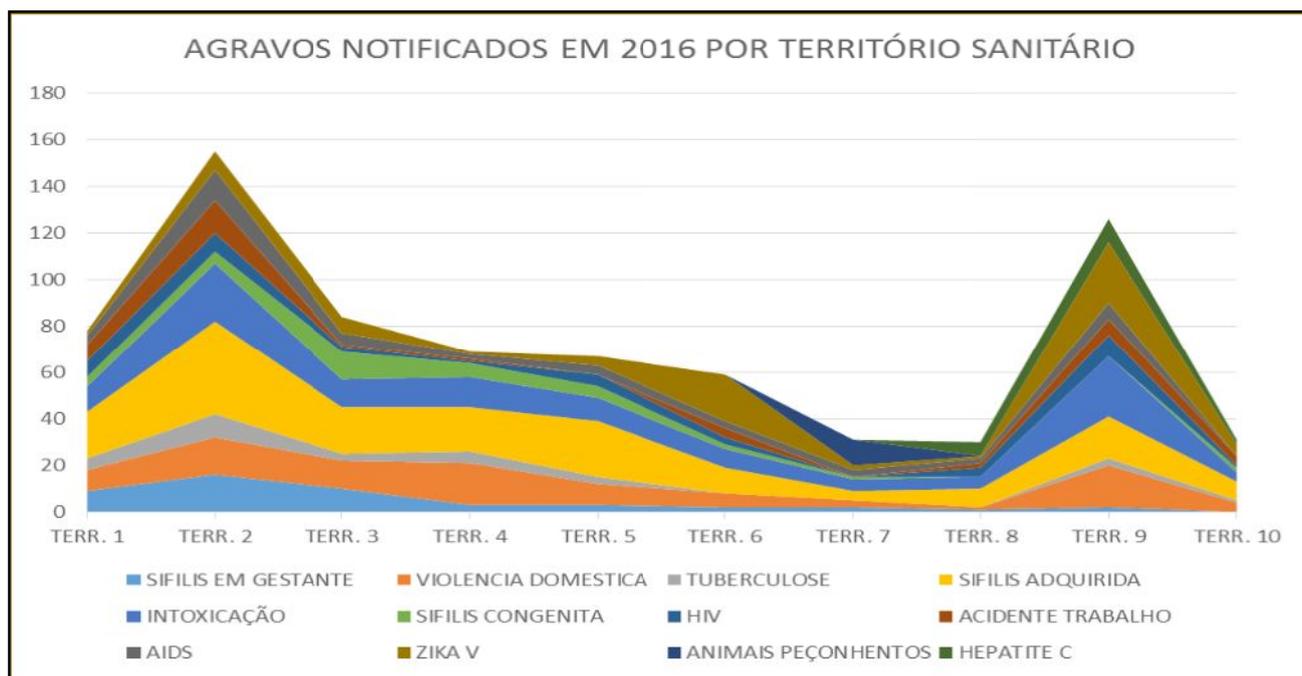
Dados sobre DANT'S (doenças e agravos não transmissíveis) começam a ter destaque na lista de doenças/agravos que mais acometem a população Guarapariense, com aumento no número de casos por intoxicações exógenas anual durante a série histórica.



De forma geral, os dados mostram um crescimento constante no número de casos, refletindo a necessidade de melhoria nas ações de vigilância epidemiológica da doença.

As limitações apontadas quanto aos critérios de notificação de casos limitam a interpretação dos dados.

**GRÁFICO 2 – Agravos notificados por território sanitário. Guarapari, 2016.**



Fonte: Vigilância Epidemiológica, SEMSA-Guarapari-ES

**TABELA 5 – Frequência de notificações de agravos compulsórios por território sanitário. Guarapari, 2016.**

| NOTIFICAÇÕES EM 2016 | TERR. 1 | TERR. 2 | TERR. 3 | TERR. 4 | TERR. 5 | TERR. 6 | TERR. 7 | TERR. 8 | TERR. 9 | TERR. 10 | TOTAIS EM 2016 |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------------|
| SIFILIS ADQUIRIDA    | 20      | 40      | 20      | 19      | 24      | 11      | 4       | 8       | 18      | 8        | 172            |
| INTOXICAÇÃO          | 11      | 25      | 12      | 13      | 10      | 8       | 5       | 5       | 26      | 4        | 119            |
| VIOLÊNCIA DOMÉSTICA  | 9       | 16      | 12      | 18      | 9       | 6       | 3       | 1       | 18      | 4        | 96             |
| ZIKA V               | 2       | 8       | 7       | 1       | 4       | 20      | 2       | 1       | 26      | 5        | 76             |
| SIFILIS EM GESTANTE  | 9       | 16      | 10      | 3       | 3       | 2       | 2       | 1       | 2       |          | 48             |
| AIDS                 | 4       | 13      | 5       | 2       | 4       | 3       | 3       | 2       | 7       |          | 43             |
| HIV                  | 7       | 8       | 2       | 1       | 5       | 3       |         | 4       | 9       | 1        | 40             |
| ACIDENTE TRABALHO    | 7       | 14      | 1       | 1       |         | 4       |         | 2       | 7       | 4        | 40             |
| SIFILIS CONGENITA    | 4       | 5       | 12      | 6       | 5       | 2       | 1       |         |         | 2        | 37             |
| TUBERCULOSE          | 5       | 10      | 3       | 5       | 3       |         |         |         | 3       | 1        | 30             |
| HEPATITE C           |         |         |         |         |         |         |         | 6       | 10      | 2        | 18             |



|                       |    |     |     |    |    |    |    |    |     |    |     |
|-----------------------|----|-----|-----|----|----|----|----|----|-----|----|-----|
| ANIM. PEÇONHENTOS     |    |     |     |    |    |    | 11 |    |     | 11 |     |
| TOTAL DE NOTIFICAÇÕES | 92 | 181 | 109 | 83 | 89 | 86 | 40 | 38 | 166 | 41 | 925 |

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SEMSA-Guarapari-ES

**TABELA 6 – Lista de bairros com maior frequência de notificações de agravos compulsórios. Guarapari, 2016.**

| Territórios Sanitários | Comunidades e/ou Bairros e Prevalência de Agravos - 2016                              |
|------------------------|---|
| Território 1           | Coroadó e Santa Margarida (Sífilis Adquirida e Sífilis em Gestante)                   |
| Território 2           | Bela Vista e Adalberto (Sífilis Adquirida e Intoxicação)                              |
| Território 3           | Santa Mônica e Setiba (Sífilis Adquirida, Congênita, Violência e Intoxicação)         |
| Território 4           | Perocão e Jabaraí (Sífilis Adquirida e Violência)                                     |
| Território 5           | Ipiranga e Kubistchek (Sífilis Adquirida e Intoxicação)                               |
| Território 6           | Itapebussu e Camurugi (Zika V e Sífilis Adquirida)                                    |
| Território 7           | Amarelos, Iguape e Várzea Nova (Animais Peçonhentos, Intoxicação e Sífilis Adquirida) |
| Território 8           | Centro (Sífilis Adquirida e Hepatite C)   |
| Território 9           | Praia do Morro e Muquiçaba (Zika V e Intoxicação)                                     |
| Território 10          | Meaipe e Condados (Sífilis Adquirida e Zika V)  |

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SEMSA-Guarapari-ES

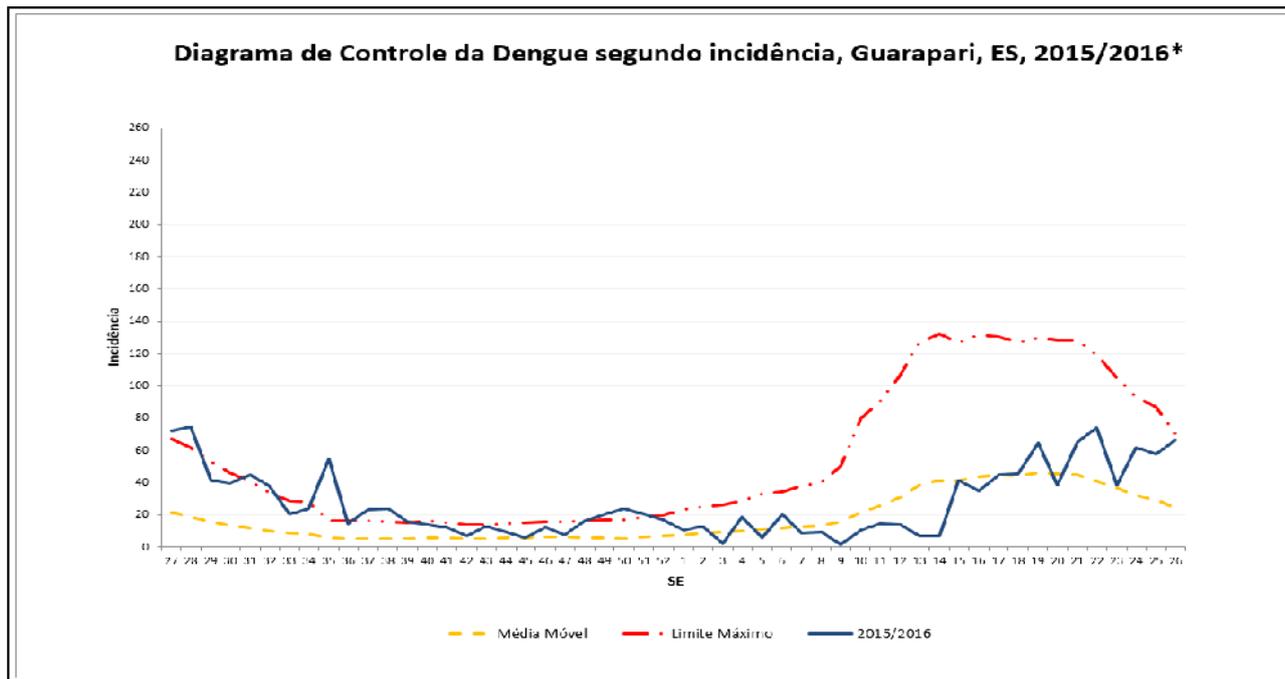
### a) Dengue

Ainda que as ações realizadas pelas equipes de saúde para o controle da Dengue tenham apresentado notórios resultados de eficácia, há ainda diversos fatores que podem explicar a expansão do mosquito *Aedes aegypti* não só no território brasileiro como também nos limites do município, os quais podemos destacar a formação de aglomerados urbanos que têm provocado a produção em massa de materiais não biodegradáveis, como material descartável de plástico e vidro e problemas de abastecimento de água e coleta de lixo. Soma-se a isto as mudanças do clima com alterações no regime de chuvas e temperatura. As condições ambientais, onde se verifica a presença de reservatórios para o vetor são determinantes para a ocorrência de casos de dengue.

O diagrama de controle da Dengue é um instrumento usado para identificar se a população de um determinado local poderá sofrer uma epidemia.



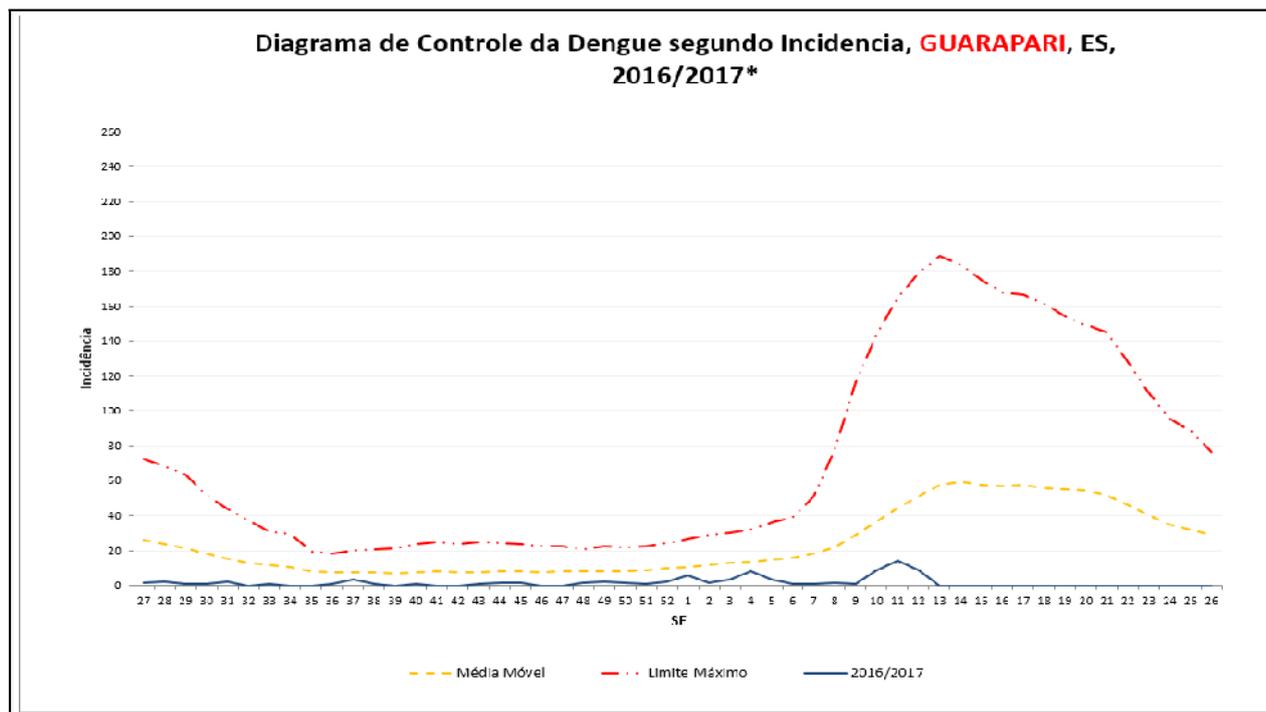
**GRÁFICO 3 – Diagrama de controle da dengue segundo incidência. Guarapari, 2015-2016.**



Fonte: PECD/CIEVS/GEVS/SESA

\*Dados até 26ª SE de 2016.

**GRÁFICO 4 – Diagrama de controle da dengue, segundo incidência. Guarapari, 2016-2017.**



Fonte: SINAN

\*Dados até 12ª SE de 2017

A média móvel e o limite máximo caracterizam o período endêmico, sendo assim na semana epidemiológica (SE) que ultrapassar a média móvel ou o limite máximo, serão desenvolvidas ações de controle do vetor para que a população não chegue a epidemia da doença em análise.

## b) Sífilis

Existem diversos fatores que influenciam no aumento de casos de sífilis, dentre eles: fator sociocultural, comportamento sexual, pobreza, desigualdades de gênero, conflitos sociais e outros na ocorrência de casos de Sífilis que estão além da governança de gestores de saúde. A criação de estratégias será determinante para a redução dos casos de sífilis, assegurando os insumos e monitoramento das ações de controle.

A qualidade do serviço deve ser elaborada considerando a relação equipe/ paciente:

- a) Treinamento inicial e contínuo em serviço;



- b) Os casos que procuram a unidade devem ser corretamente diagnosticados e tratados no momento da chegada ao Serviço de Saúde;
- c) Distribuição de preservativo e orientações;
- d) Realização de testes rápidos para as IST's e teste rápido de gravidez de acordo com os critérios estabelecidos pela Atenção Básica.
- e) Busca ativa de retornos agendados que não compareceram;
- f) Captação de parceiro sexual;
- g) Realizar precocemente a busca por atenção em relação ao período de início de sintomas;

Todo paciente com teste rápido positivo para sífilis deve ser notificado e tratado com Penicilina Benzatina, sendo assim:

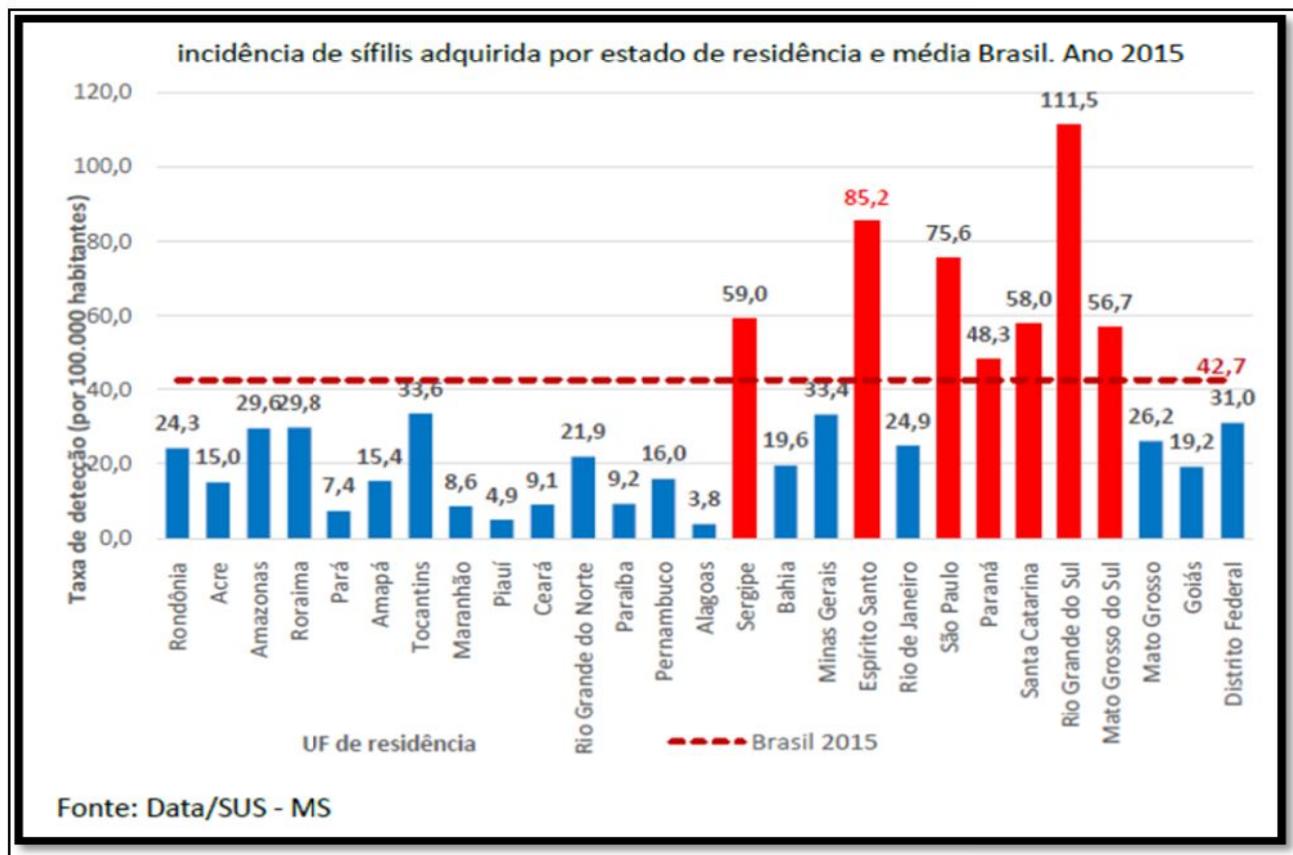
Todo paciente notificado deve sair da unidade notificante com o cartão de controle de aplicação da Penicilina já com o aprazamento dos dias de aplicação, através desse cartão é possível avaliar se o paciente fez o tratamento correto, caracterizando assim o tratamento adequado.

No Espírito Santo as estatísticas demonstram que no período entre 2004 e 2008, o estado conseguiu reduzir as taxas de incidência de sífilis congênita em até 2,3 casos por mil nascidos vivos, o que ainda não está em consonância com os acordos internacionais e metas nacionais de enfrentamento à sífilis. A partir de 2009, verifica-se o aumento da taxa de incidência da sífilis congênita, chegando a 10,5 para cada mil nascidos vivos em 2015. (Plano Estadual de Enfrentamento à Sífilis Congênita, 2017).

O gráfico abaixo demonstra a taxa de incidência de sífilis adquirida por estado, no ano de 2015. Observamos que o ES possui a segunda maior taxa de incidência de sífilis adquirida no cenário nacional, com 85,2 casos para cada 100.000 hab.



**GRÁFICO 5 – Incidência de sífilis adquirida por estado de residência e média. Brasil, 2015.**

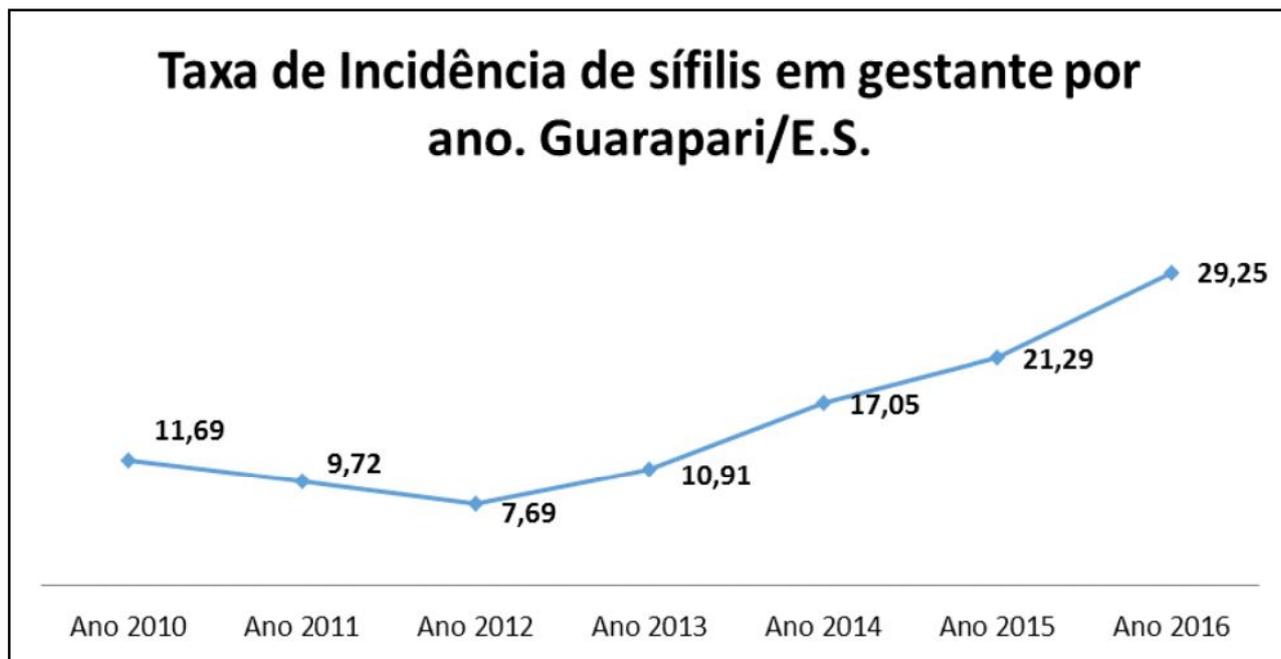


Fonte: DATASUS - MS

Em Guarapari, no ano de 2016 foi criado o comitê de investigação de sífilis congênita através da Portaria SEMSA nº 100/2016, com o objetivo de investigar os casos de sífilis no município, criando assim estratégias e ações a fim de diminuir a incidência do agravo. Todavia, observa-se um aumento considerável do agravo nos últimos anos, a partir de 2012.

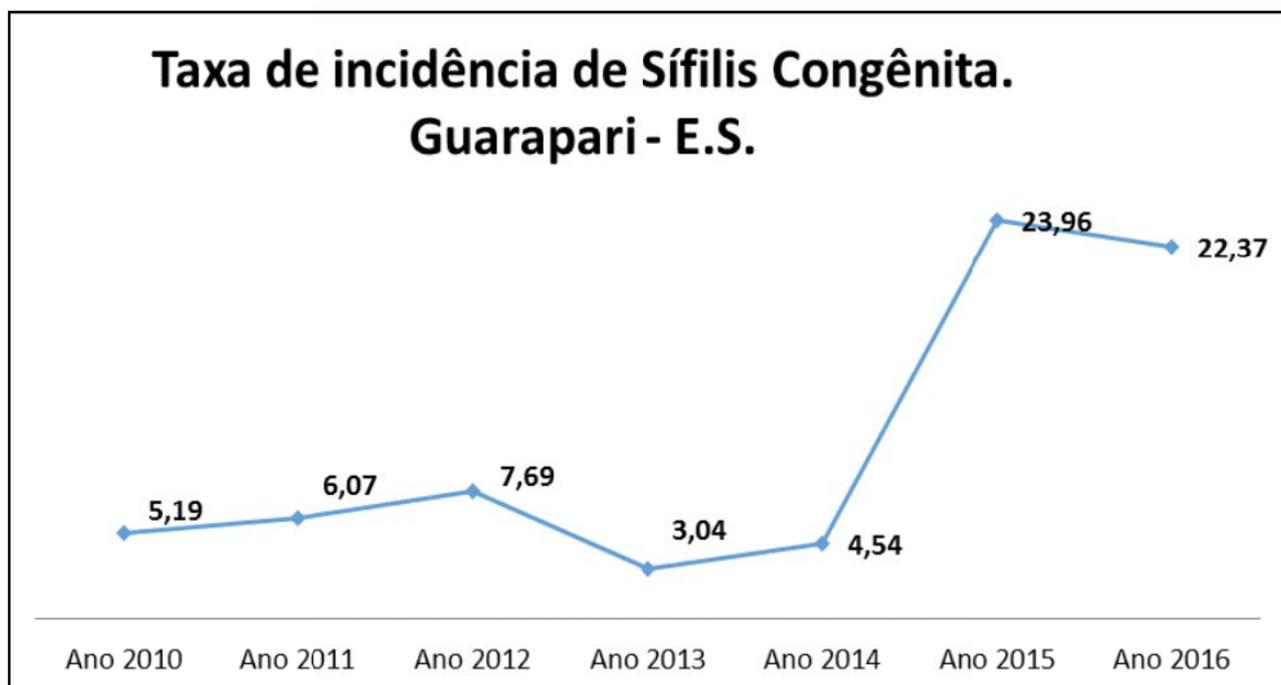
Os gráficos abaixo apresentam a taxa de incidência de sífilis em gestante e sífilis congênita numa série histórica de seis anos do Município.

**GRÁFICO 6 – Taxa de incidência de sífilis em gestante por ano. Guarapari, 2010-2016.**



Fonte: SINAN, SINASC

GRÁFICO 7 – Taxa de incidência de sífilis congênita por ano. Guarapari, 2010-2016.



Fonte: SINAN, SINASC

Tendo como meta reduzir drasticamente os casos de sífilis congênita no estado do ES de 0,5 casos para mil nascidos vivos, até o ano de 2019, a Secretaria Estadual da Saúde do



Espírito Santo lançou em 2017, o Plano de Enfrentamento da Sífilis Congênita. O plano se organiza em cinco eixos de intervenção: Assistência, Vigilância, Gestão e Governança, Mobilização Social e Comunicação e Educação Permanente.

A proposta de divisão trará mais efetividade na implementação das ações programadas e organização das atividades de monitoramento e avaliação. Pretende-se, através do plano, uma grande mobilização social e institucional para enfrentamento deste desafio em saúde pública bem como vencer as práticas desarticuladas da rede de atenção à saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita.

Todas as notificações realizadas nas UBS e Hospitais, são recolhidas e enviadas à Vigilância Epidemiológica para digitação, onde é feita uma revisão e análise das fichas garantindo assim uma qualidade do dado registrado.

As equipes de estratégia de saúde da família e Atenção Básica trabalham em conjunto com a referência de IST's, firmando assim um trabalho mais integrado das equipes e uma qualidade da assistência à saúde do usuário.

Os protocolos ministeriais já estão inseridos nas equipes de saúde do Município e foi criado com base no protocolo do Ministério da Saúde o fluxograma de atendimento e tratamento de pessoas com sífilis, e apresentado às equipes de saúde, que com base no mesmo irão aplicar no atendimento ao paciente.

Destaca-se o papel do(a) enfermeiro(a) no manejo das IST, em consonância com a Portaria n 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece, entre outras atribuições específicas do(a) enfermeiro(a), a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário,

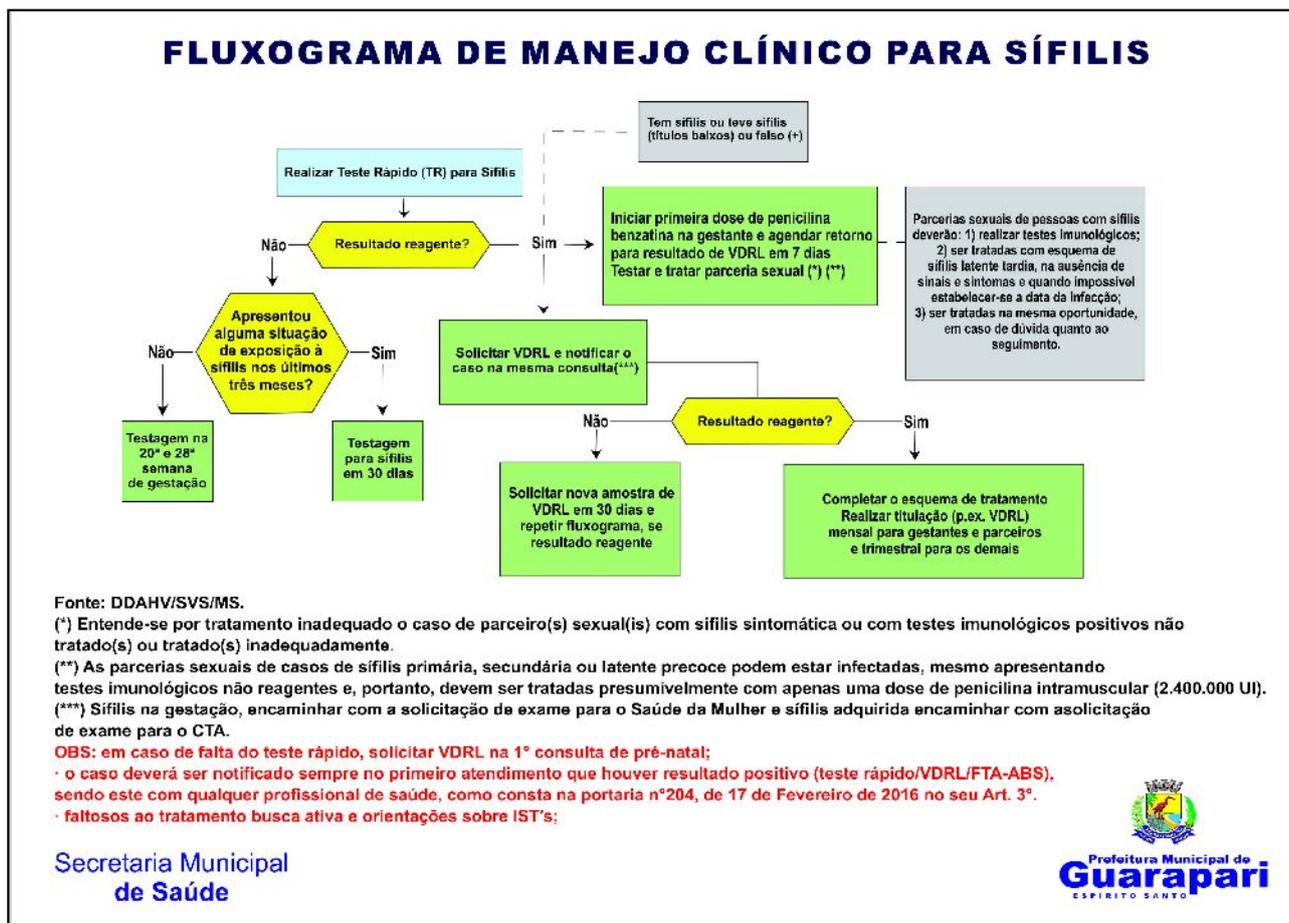


de usuários a outros serviços. Além disso, a Lei no 7.498, de 25 junho de 1986, que dispõe sobre regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao(a) enfermeiro(a), como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Com isso os enfermeiros irão prescrever a Penicilina Benzatina para Sífilis e as mesmas irão ser aplicadas nas Unidades de Saúde.

Todas as Unidades de Saúde terão planilhas de monitoramento da aplicação de penicilina, por meio da qual será possível realizar a busca ativa para que o paciente não falte ao tratamento. A Unidade de Saúde que não tiver nenhum caso notificado na semana epidemiológica, deverá enviar a notificação negativa para sífilis, a qual será apresentada nas reuniões do comitê.

A figura abaixo mostra o fluxograma de tratamento que deve ser usado tanto para gestante como para sífilis adquirida.

**FIGURA 1 – Fluxograma de manejo clínico para sífilis. Guarapari, 2016**



Fonte: DDAHV/SVS/MS

A assistência pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O objetivo principal é o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno/neonatal, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas/preventivas.

Os objetivos básicos da assistência pré-natal são: rastreamento de indicadores de risco gestacional, imunização e profilaxia, aconselhamento e educação, intervenção terapêutica obstétrica.

Para promover a segurança da mãe-feto é necessário identificar precocemente as gestações de alto risco oferecendo atendimento diferenciado onde essas gestantes são encaminhadas para o Serviço de Referência da Mulher. Esta assistência possibilita a



prevenção das complicações que determinam maior morbimortalidade materna e perinatal, sendo então necessário avaliar a história de doenças maternas pré-existentes, os fatores socioeconômicos e psicossociais, os antecedentes obstétricos e os eventos da gestação atual.

Ao identificar uma possível gestação, a usuária é encaminhada para realizar o teste rápido de gravidez, caso positivo a gestante inicia imediatamente o pré-natal com cadastramento no Sis prenatal e realiza os testes rápidos sífilis, HIV e hepatites B e C. Nesse momento é solicitada a participação do parceiro nas consultas de pré-natal, onde, também realizam os testes rápidos de sífilis, HIV e hepatites B e C, assim possibilitando um pré-natal de qualidade.

As consultas de pré-natal são realizadas de forma intercaladas por médicos e enfermeiros. É importante que todos os profissionais façam parte do cuidado durante o pré-natal, como o agente comunitário de saúde, o técnico de enfermagem e o dentista. A Caderneta da Gestante é o instrumento utilizado pelos profissionais de saúde onde são inseridos todos os dados do pré-natal, contendo dicas e direitos das gestantes, os quais serão essenciais no atendimento hospitalar.

A busca ativa das gestantes faltosas é realizada pelos agentes comunitários de saúde sob a supervisão dos enfermeiros.

### **c) Tuberculose e Hanseníase**

No Brasil, a tuberculose é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,5 mil mortes em decorrência da doença. A tuberculose tem cura e o tratamento é gratuito e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde.



Tendo em vista a nova era para o controle da tuberculose, a OMS redefiniu a classificação de países prioritários para o período de 2016 a 2020. O Brasil se encontra nesta classificação, ocupando a 20ª posição na de carga da doença e a 19ª quanto à coinfeção TB/HIV. Vale destacar que os países que compõem essas listas representam 87% do número de casos de tuberculose no mundo.

Já a hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. A doença atinge pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas. A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória.

Ambos os programas funcionam em conjunto (Programa de Tuberculose e Hanseníase) em um mesmo local, promovendo ações de combate e prevenção. Para isso, são traçadas diretrizes como: tratar a maioria dos enfermos em unidades básicas de saúde, por profissionais das equipes de saúde da família, e dispor de serviços de referência com especialistas e recursos extras para suporte à Atenção Básica. A coordenação também é indutora da inserção das políticas no município promovendo a supervisão, monitoramento, capacitação dos profissionais, implantação dos serviços e avaliação.

Além disso, privilegia a descentralização das medidas de controle para a Atenção Básica, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a Tuberculose, como as populações em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, além da articulação com organizações não governamentais ou da sociedade civil, para fortalecer o controle social e garantir a sustentabilidade das ações de controle. Tendo como objetivo, Estabelecer ações voltadas para a erradicação da Hanseníase e controle da Tuberculose no Município de Guarapari e também orientar a população acerca dos índices de prevalência, ou seja, casos novos e



antigos, os sinais e sintomas as formas destas moléstias e o local de tratamento da hanseníase e da tuberculose.

#### d) HIV/AIDS e outras IST's

O Município de Guarapari integra a Região Metropolitana e está a 51km de Vitória (Capital). É um balneário de grande repercussão turística com uma população estimada em 121.506 habitantes e chega a triplicar essa população na época de verão, gerando com isso um aumento da demanda dos serviços de saúde, bem como de prevenção das IST's/AIDS.

**TABELA 7 – Quadro das principais infecções registradas. Guarapari, 2012-2016.**

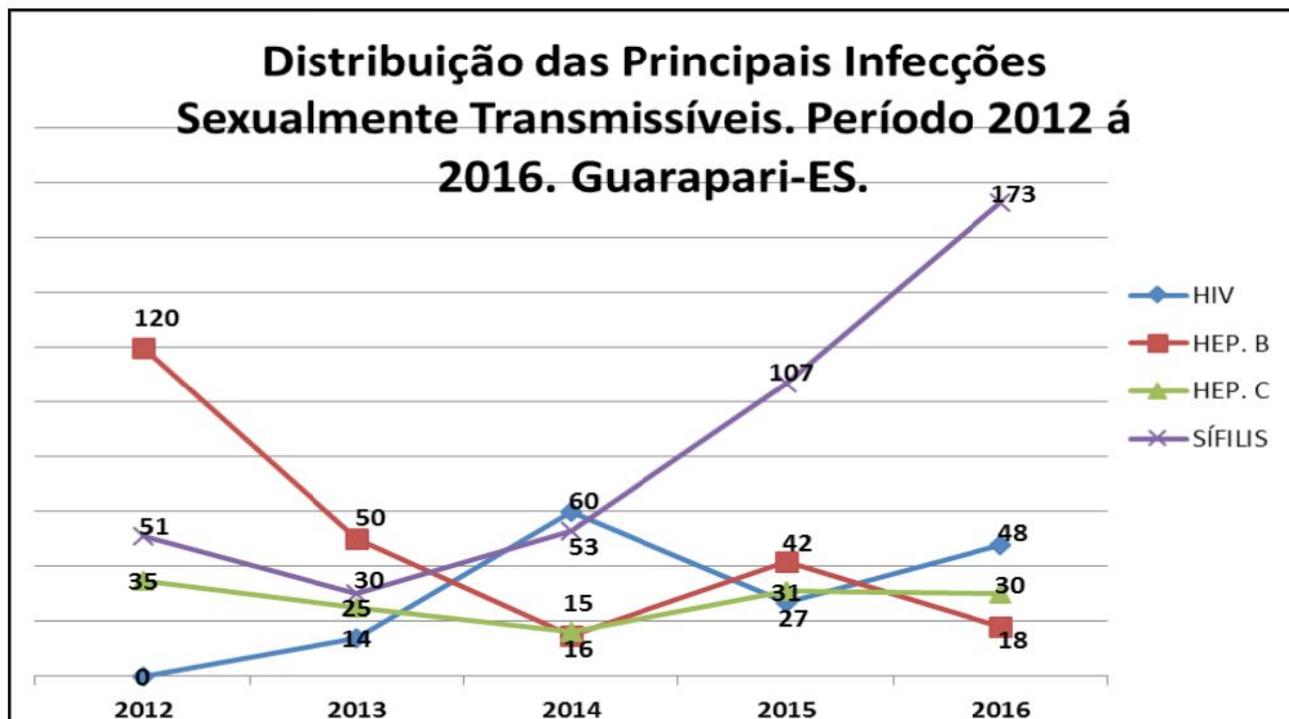
| Quadro das Principais Infecções Registradas no Município de Guarapari-ES |       |        |        |         |
|--|-------|--------|--------|---------|
| ANO  | HIV   | HEP. B | HEP. C | SÍFILIS |
| 2012   | 0 (*) | 120    | 35     | 51      |
| 2013   | 14    | 50     | 25     | 30      |
| 2014   | 60    | 15     | 16     | 53      |
| 2015   | 27    | 42     | 31     | 107     |
| 2016   | 48    | 18     | 30     | 173     |

Fonte: SINAN-MS. Acesso em 03/04/2017.

(\*) A fonte utilizada nesta tabela não informa o número de HIV no ano de 2012.

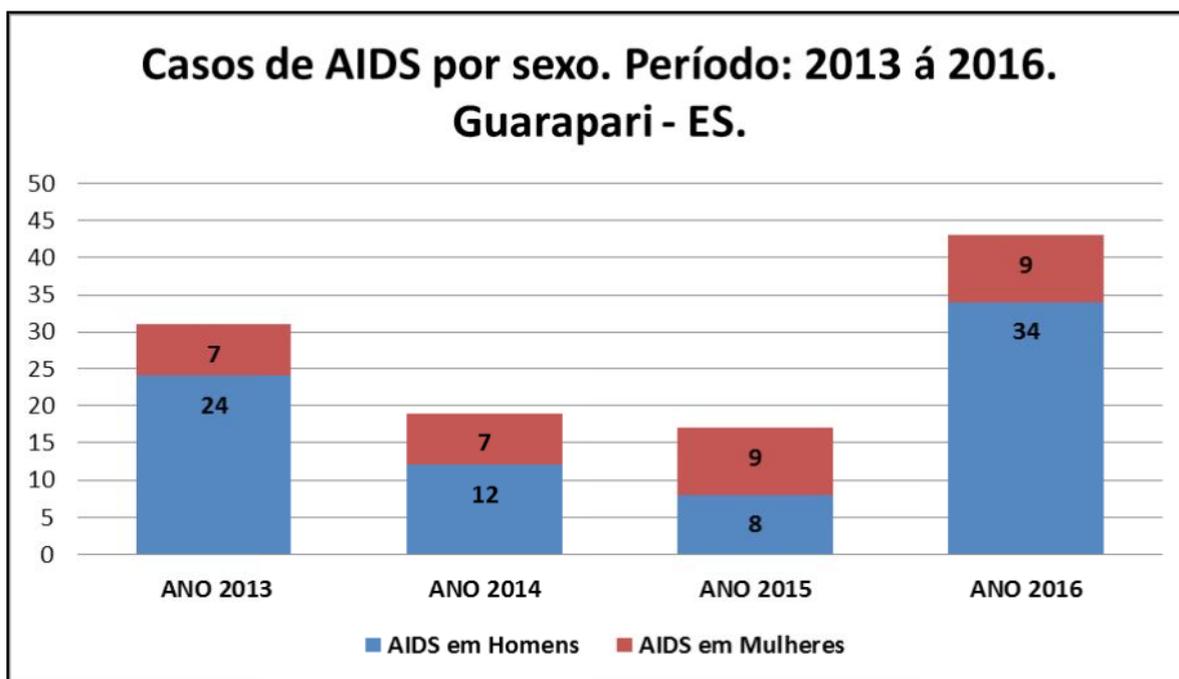


**GRÁFICO 8 – Distribuição das principais infecções sexualmente transmissíveis. Guarapari, 2012-2016.**



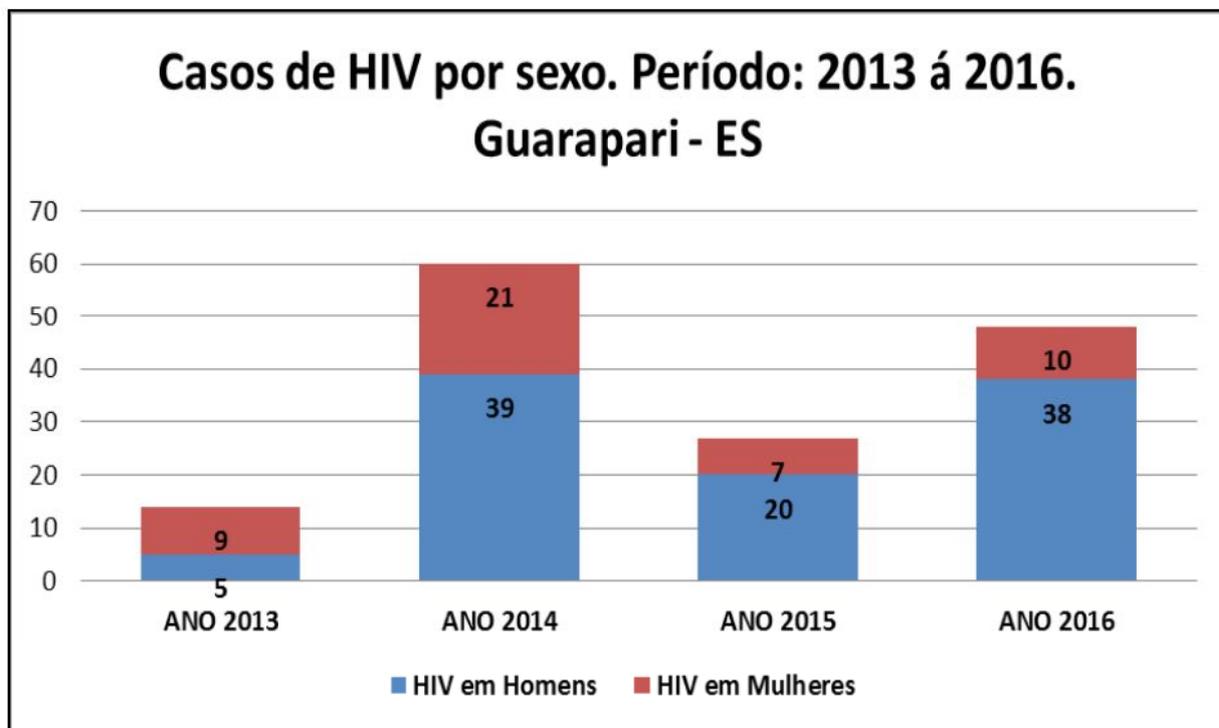
Fonte: SINAN, Acesso em 16 de Maio de 2017.

**GRÁFICO 9 – Casos de AIDS identificados por ano de diagnóstico e sexo. Guarapari, 2013-2016.**



Fonte: SINAN, Acesso em 16 de Maio de 2017.

**GRÁFICO 9 – Casos de HIV identificados por ano de diagnóstico e sexo. Guarapari, 2013-2016.**



Fonte: SINAN, Acesso em 16 de Maio de 2017.

Os gráficos acima demonstram que a população do sexo masculino é a mais afetada com a doença em análise (AIDS/HIV) comparado ao sexo feminino.

O número de óbitos por AIDS registrados no Município segundo o TABNET-MS como causa evitável em 2012; 9 em 2013; 10 em 2014; 8 em 2015; 11 e em 2016; 3.

A Gestão junto com as Unidades de Saúde reconhece o desafio a serem enfrentados e vem elaborando estratégias e propostas para a redução do número de AIDS/HIV/IST's, com as ações para prevenção das IST's, nas comunidades, escolas, empresas e população em geral com o objetivo de educação em saúde, orientações, prática de sexo seguro e uso correto dos preservativos feminino e masculino.



**TABELA 8 – Taxas de detecção de AIDS** (por 100.000 habitantes), segundo Município de residência e período de diagnóstico. Espírito Santo, 2011-2015.

| <b>Taxas de detecção de AIDS (por 100.000 habitantes), segundo Município de residência e período de diagnóstico – Espírito Santo</b> |      |      |      |      |      |      |      |         |
|--|------|------|------|------|------|------|------|---------|
| Município  | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | N Total |
| Cariacica  | 20   | 19,2 | 18   | 22,1 | 19,7 | 35,1 | 44,8 | 139,7   |
| Guarapari  | 21   | 17,1 | 16   | 10,2 | 29,2 | 33   | 25,9 | 114,3   |
| Serra  | 21,3 | 26,4 | 23,6 | 26,5 | 22,9 | 42,2 | 31,1 | 146,3   |
| Vila Velha   | 30,2 | 30,6 | 16,7 | 26,8 | 19   | 57,1 | 64,3 | 183,9   |
| Vitória  | 37,2 | 32,6 | 31,2 | 27,9 | 55,7 | 55,1 | 50,6 | 220,5   |

Fonte: SESA-ES

Em uma série histórica de sete anos Guarapari apresentou uma taxa de detecção de AIDS mais baixa comparado aos outros quatro municípios da Região Metropolitana, segundo Boletim Epidemiológico DST/AIDS 2016.

#### **e) Febre Amarela**

Até o ano de 2016 a vacinação contra a Febre Amarela era oferecida para os viajantes com destino às áreas com recomendação da vacina. Porém, a partir de janeiro de 2017 o Estado do Espírito Santo começou a registrar casos de macacos infectados pelo vírus da Febre Amarela e casos em humanos.

No Município de Guarapari foram recolhidas amostras de vísceras de macacos mortos e realizado exames com resultados positivos para Febre Amarela, e casos em humanos também confirmados em pessoas da área rural. Devido a isto foi realizada uma força tarefa para vacinação contra Febre Amarela de toda a população elegível nos meses de março e abril de 2017. O município encontra-se no momento como área de recomendação temporária de vacinação.



## f) Imunização

O serviço de imunização no município de Guarapari tem como objetivo prevenir e manter sob controle as doenças imunopreveníveis. Além das vacinas de rotina, são realizadas anualmente 02 Campanhas Nacionais de vacinação: Campanha Nacional de Vacinação contra Gripe, Campanha Nacional de Atualização de Cadernetas de Vacinação que iniciou no ano de 2012.

**TABELA 9 – Quadro da cobertura vacinal por tipo de imunobiológico em menores de 1 ano. Guarapari, 2012-2016.**

| COBERTURA VACINAL (%) POR TIPO DE IMUNOBIOLÓGICO EM MENORES DE 1 ANO – GUARAPARI-ES |        |        |        |        |        |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Imunobiológicos   | 2012   | 2013   | 2014   | 2015   | 2016   |
| BCG   | 87,48  | 61,36  | 77,79  | 101,77 | 71,43  |
| Contra Febre Amarela  | 1,07   | 1,28   | 1,16   | 0,67   | 0,68   |
| Contra Hepatite B   | 116,18 | 112,15 | 101,93 | 109,46 | 82,19  |
| Contra Hepatite A *   | -      | -      | 86,39  | 111,60 | 67,27  |
| Contra Poliomielite   | 124,57 | 98,66  | 101,41 | 110,62 | 75,24  |
| Oral Rotavirus  | 112,05 | 102,49 | 107,00 | 106,59 | 83,25  |
| Penta valente (DTP/Hib/Hep. B)  | 124,03 | 97,21  | 101,60 | 108,73 | 82,19  |
| Pneumocócica 10 v   | 121,77 | 98,72  | 101,48 | 109,83 | 89,13  |
| Meningocócica C   | 116,11 | 103,52 | 103,98 | 102,87 | 82,58  |
| Tríplice Viral  | 119,57 | 112,39 | 118,93 | 104,27 | 91,46  |
| Campanha Contra Poliomielite  | 102,72 | 102,67 | 102,05 | 99,21  | -      |
| (**)  |        |        |        |        |        |
| Campanha Contra Influenza   | 86,62  | 95,47  | 95,58  | 94,30  | 118,98 |

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SEMSA-Guarapari-ES

\*A vacina não havia sido introduzida no calendário vacinal.

No ano de 2013 foi introduzido no Calendário Vacinal a vacina Tetra Viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela) para as crianças de 15 meses de idade. Sendo a dose realizada 3 meses após a Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola).

Já em 2014 o Programa Nacional de Imunização ampliou o calendário com a vacina contra Hepatite A para crianças de 12 meses de vida; e a vacina **dTPa** (Difteria, Tétano e Coqueluche pertussis acelular) tipo adulto para as gestantes. No mesmo ano foi



introduzido também a vacina quadrivalente contra o papiloma vírus humano (HPV) no SUS, para adolescentes do sexo feminino de 11 a 13 anos, e a partir do ano de 2015 para adolescentes de 9 a 11 anos de idade. No ano de 2017 foi ampliado o público alvo para adolescentes do sexo masculino de 12 a 13 anos de idade.

A Campanha Nacional de Multivacinação e Atualização das cadernetas de vacina continua sendo realizada anualmente em crianças menores de 5 anos de idade; a Campanha Contra Poliomielite, por sua vez, foi realizada até o ano de 2015.

A vacinação de rotina no Município de Guarapari apresentou uma queda nas coberturas vacinais no ano de 2016 com a implantação do sistema de informação SIPNI *desktop* em meados do mesmo ano (sistema pelo qual se registra as vacinas realizadas com dados qualitativos e envio mensal para banco de dados federal). O registro é individualizado e detalhado, o que levou a um processo de aprendizagem minucioso dos profissionais das salas de vacina para utilização do sistema. Muitos dados foram perdidos ou lançados de maneira incorreta, levando a um baixo registro como declarado na tabela acima.

O Programa Municipal de Imunização coordena a distribuição de imunobiológicos (vacinas, soros e imunoglobulinas) fornecidos ao município pela Secretaria Estadual da Saúde contra doenças transmissíveis tais como: Tuberculose, Hepatite B, Difteria, Coqueluche, Tétano, Poliomielite, Sarampo, Caxumba, Rubéola, Varicela, Infecções pelo Haemophilus Influenzae Tipo B e Rotavírus, Hepatite A, HPV (Quadrivalente), Influenza e Febre Amarela objetivando imunizar o maior número possível de pessoas. O Programa funciona em todas as Unidades de Saúde com sala de vacina, tendo como referência a Rede de Frio instalada no Centro Municipal de Saúde, onde os profissionais são capacitados para execução do programa.

#### **2.1.3.2. Mortalidade**



Os índices de mortalidade são considerados importantes indicadores de saúde, pois refletem as condições de vida e desenvolvimento da população as quais estão relacionadas com fatores históricos, sócio-econômicos, demográficos, ambientais e genéticos.

**TABELA 10 – Quadro de mortalidade geral por causas e ano do óbito. Guarapari, 2012-2016.**

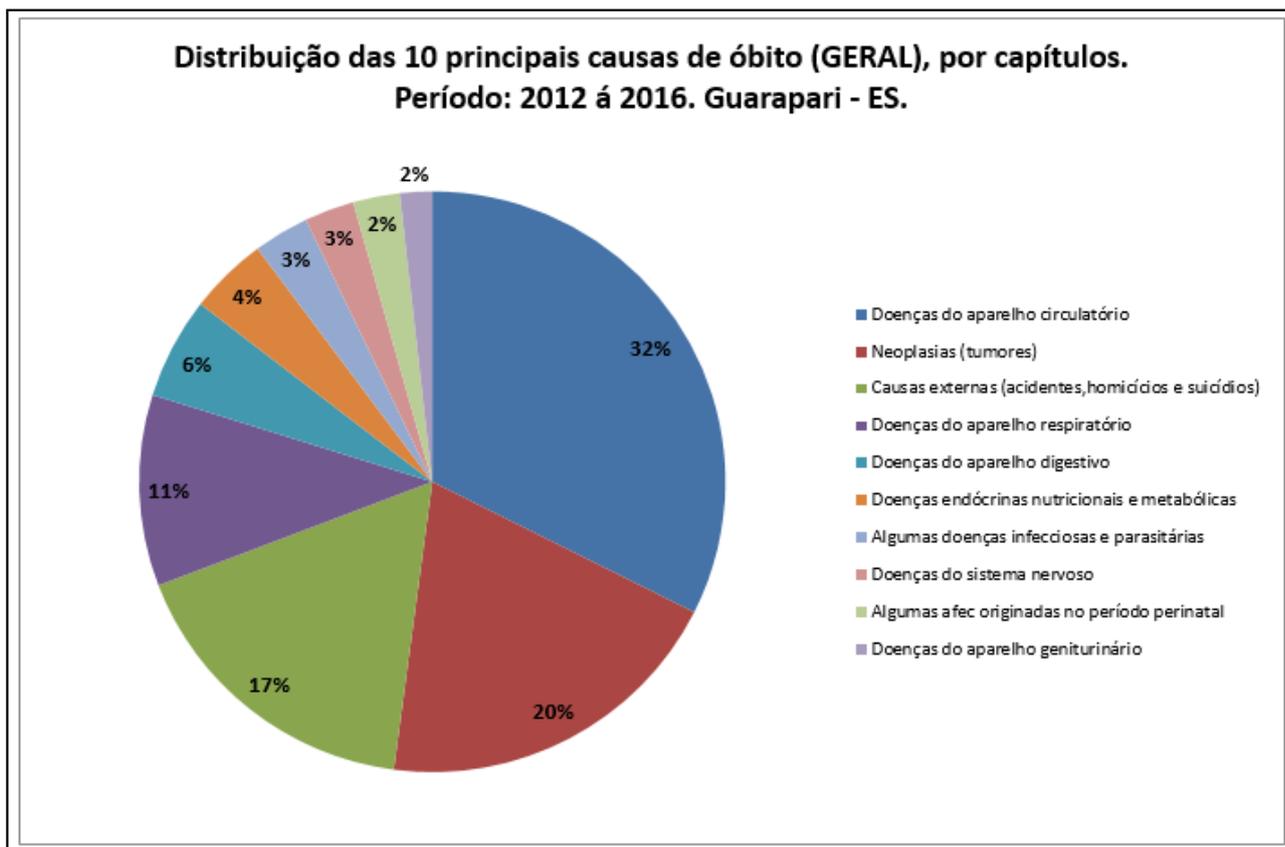
| Mortalidade Geral por Causas e Ano do Óbito – Guarapari, 2012-2016 (*) (**) |      |      |      |      |      |       |
|---|------|------|------|------|------|-------|
| Causas Capítulos  | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
| Doenças do aparelho circulatório  | 201  | 202  | 179  | 207  | 217  | 1006  |
| Neoplasias (tumores)  | 122  | 130  | 122  | 121  | 130  | 625   |
| Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)                         | 106  | 115  | 118  | 102  | 94   | 535   |
| Doenças do aparelho respiratório  | 66   | 52   | 70   | 55   | 67   | 310   |
| Doenças do aparelho digestivo   | 35   | 37   | 46   | 31   | 29   | 178   |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas                               | 27   | 30   | 48   | 41   | 46   | 192   |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias                                  | 19   | 17   | 19   | 31   | 16   | 102   |
| Doenças do sistema nervoso  | 17   | 17   | 22   | 17   | 28   | 101   |
| Algumas afecções originadas no período perinatal                            | 16   | 11   | 6    | 11   | 13   | 57    |
| Doenças do aparelho geniturinário   | 11   | 12   | 17   | 15   | 26   | 81    |
| Transtornos mentais e comportamentais                                       | 9    | 6    | 5    | 4    | 5    | 29    |
| Mal Definidas   | 8    | 3    | 6    | 1    | 4    | 22    |
| Malformações congênitas e anomalias cromossômicas                           | 6    | 6    | 5    | 6    | 6    | 29    |
| Doenças sangue órgãos hematócitos e transtornos imunitários                 | 3    | 1    | 1    | 2    | 1    | 8     |
| Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo                           | 2    | 3    | 1    | 1    | 0    | 7     |
| Gravidez parto e puerpério  | 2    | 2    | 1    | 0    | 2    | 7     |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo                                      | 1    | 1    | 3    | 2    | 2    | 9     |
| Doenças do ouvido e da apófise mastóide                                     | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 1     |
| Total   | 651  | 646  | 669  | 647  | 686  | 3299  |

Fonte: TABNET. Acesso em 08/05/2017.

\*Dados referentes a 2016 sujeitos a revisão

\*\* Os dados não incluem os óbitos fetais.

**GRÁFICO 10 – Distribuição das 10 principais causas de óbito (geral), por capítulos. Guarapari, 2012-2016.**



Fonte: TABNET. Acesso em 08/05/2017.

**TABELA 11 – Quadro da mortalidade proporcional por grupo de causas e faixa etária. Guarapari, 2012-2016.**

| Óbito por Causas, Capítulos e Faixa Etária – Guarapari - Período: 2012 a 2016 |                |            |            |              |              |              |              |              |              |              |              |                |       |
|---|----------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|-------|
| Causas Capítulos  | Menor de 1 ano | 1 a 4 anos | 5 a 9 anos | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | 20 a 29 anos | 30 a 39 anos | 40 a 49 anos | 50 a 59 anos | 60 a 69 anos | 70 a 79 anos | 80 anos e mais | Total |
| Doenças do aparelho circulatório  | 0              | 1          | 1          | 1            | 1            | 7            | 21           | 68           | 132          | 200          | 239          | 335            | 1006  |
| Neoplasias (tumores)  | 0              | 2          | 4          | 2            | 1            | 10           | 20           | 56           | 128          | 150          | 128          | 124            | 625   |
| Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)                           | 5              | 7          | 2          | 8            | 58           | 121          | 87           | 77           | 70           | 37           | 31           | 31             | 534   |
| Doenças do aparelho respiratório  | 1              | 4          | 0          | 1            | 0            | 3            | 6            | 9            | 23           | 43           | 84           | 136            | 310   |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas                                 | 0              | 0          | 0          | 0            | 3            | 2            | 4            | 6            | 32           | 42           | 40           | 63             | 192   |
| Doenças do aparelho digestivo   | 1              | 0          | 0          | 1            | 0            | 5            | 12           | 26           | 39           | 28           | 28           | 38             | 178   |
| Doenças do sistema nervoso  | 1              | 2          | 0          | 3            | 2            | 5            | 2            | 1            | 5            | 8            | 14           | 58             | 101   |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias                                    | 2              | 2          | 3          | 1            | 1            | 3            | 22           | 19           | 13           | 15           | 10           | 10             | 101   |
| Doenças do aparelho geniturinário   | 0              | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 4            | 7            | 8            | 9            | 16           | 37             | 81    |
| Algumas afecções originadas no período perinatal                              | 53             | 1          | 1          | 0            | 2            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0              | 57    |
| Transtornos mentais e comportamentais   | 0              | 0          | 0          | 0            | 0            | 1            | 6            | 7            | 6            | 3            | 4            | 2              | 29    |
| Malformações congênitas e anomalias cromossômicas                             | 17             | 5          | 1          | 0            | 1            | 1            | 0            | 2            | 1            | 0            | 0            | 1              | 29    |
| Mal Definidas   | 0              | 0          | 0          | 0            | 2            | 0            | 2            | 3            | 1            | 0            | 2            | 12             | 22    |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo  | 0              | 0          | 0          | 1            | 0            | 0            | 1            | 0            | 1            | 1            | 2            | 3              | 9     |
| Doenças sangue órgãos hematócritos e transtornos imunitários                  | 0              | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 2            | 0            | 2            | 0            | 2            | 2              | 8     |
| Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo                             | 0              | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 3            | 4            | 0              | 7     |
| Gravidez parto e puerpério  | 0              | 0          | 0          | 0            | 3            | 3            | 1            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0              | 7     |
| Doenças do ouvido e da apófise mastóide                                       | 0              | 0          | 0          | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            | 1              | 1     |
| Total   | 80             | 24         | 12         | 18           | 74           | 161          | 190          | 281          | 461          | 539          | 604          | 853            | 3297  |

Fonte: TABNET. Acesso em 08/05/2017

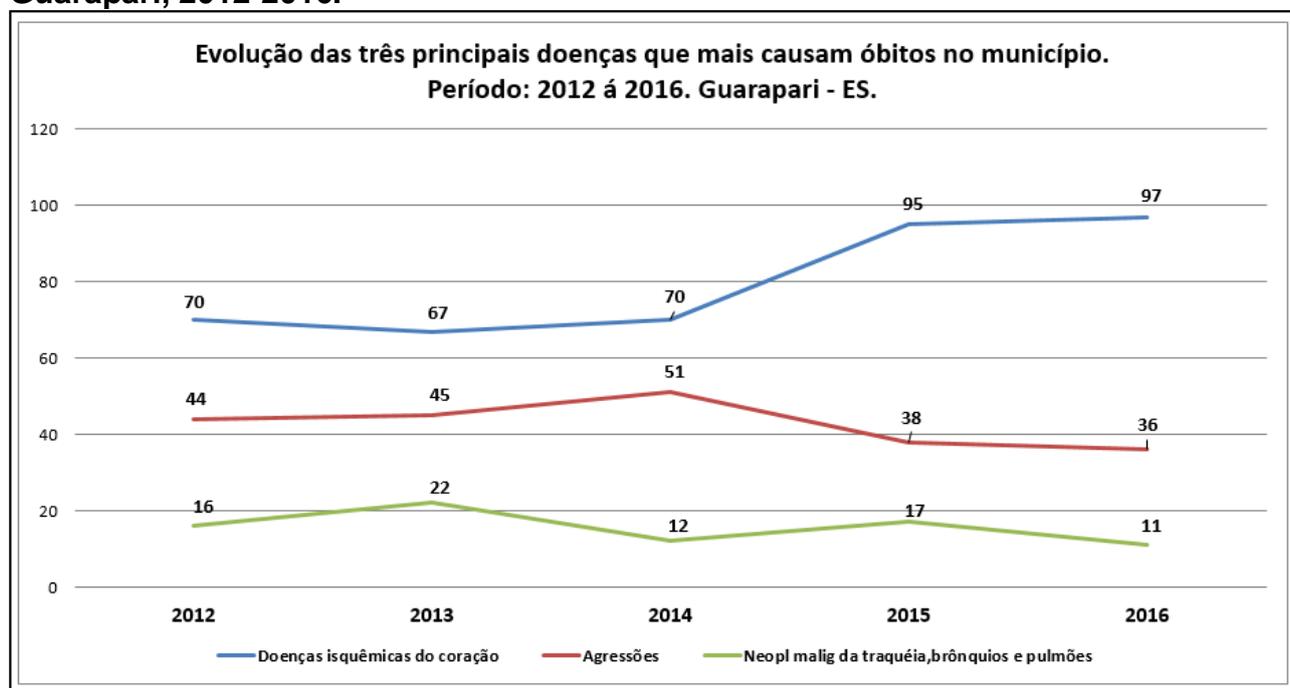


Considerando o perfil da mortalidade geral por grupos de causa de maior ocorrência no município nos últimos 5 anos, foi possível identificar que os óbitos por doenças do aparelho circulatório, aparecem em primeiro lugar com 32%, seguidos de neoplasias, 20% e, causas externas com 17% dos óbitos, conforme gráfico abaixo.

A principal causa de óbitos em menores de 1 (um) ano são algumas afecções originadas no período perinatal, perfazendo um total de 1,6 % do total de mortalidades do município de Guarapari.

Os estudos epidemiológicos revelam no capítulo Doença do Aparelho Circulatório, que a doença que mais leva a população de Guarapari a óbito, são as Doenças Isquêmicas do Coração, seguidas de Doenças Cerebrovasculares.

**GRÁFICO 11 – Evolução das três principais doenças que mais causam óbitos. Guarapari, 2012-2016.**



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Acesso: 26/04/2017.

Pode se observar no gráfico acima que óbitos por doenças isquêmicas tiveram aumento considerável em relação aos anos anteriores. O número de óbitos por agressões teve queda e as neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões permaneceram



estáveis. Vale ressaltar que os registros de agressões sofrem grande subnotificação em todo o território nacional.

**TABELA 12 – Mortalidade fetal por grupo de causas. Guarapari, 2012-2016.**

| Mortalidade Fetal por Causas Capítulos e Ano do Óbito - Guarapari |      |      |      |      |      |       |
|---|------|------|------|------|------|-------|
| Causas Capítulos  | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
| Algumas afecções originadas no período perinatal                  | 19   | 18   | 19   | 20   | 17   | 93    |
| Malformações congênitas e anomalias cromossômicas                 | 3    | 0    | 1    | 0    | 2    | 6     |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias                        | 0    | 0    | 2    | 0    | 0    | 2     |
| Total   | 22   | 18   | 22   | 20   | 19   | 101   |

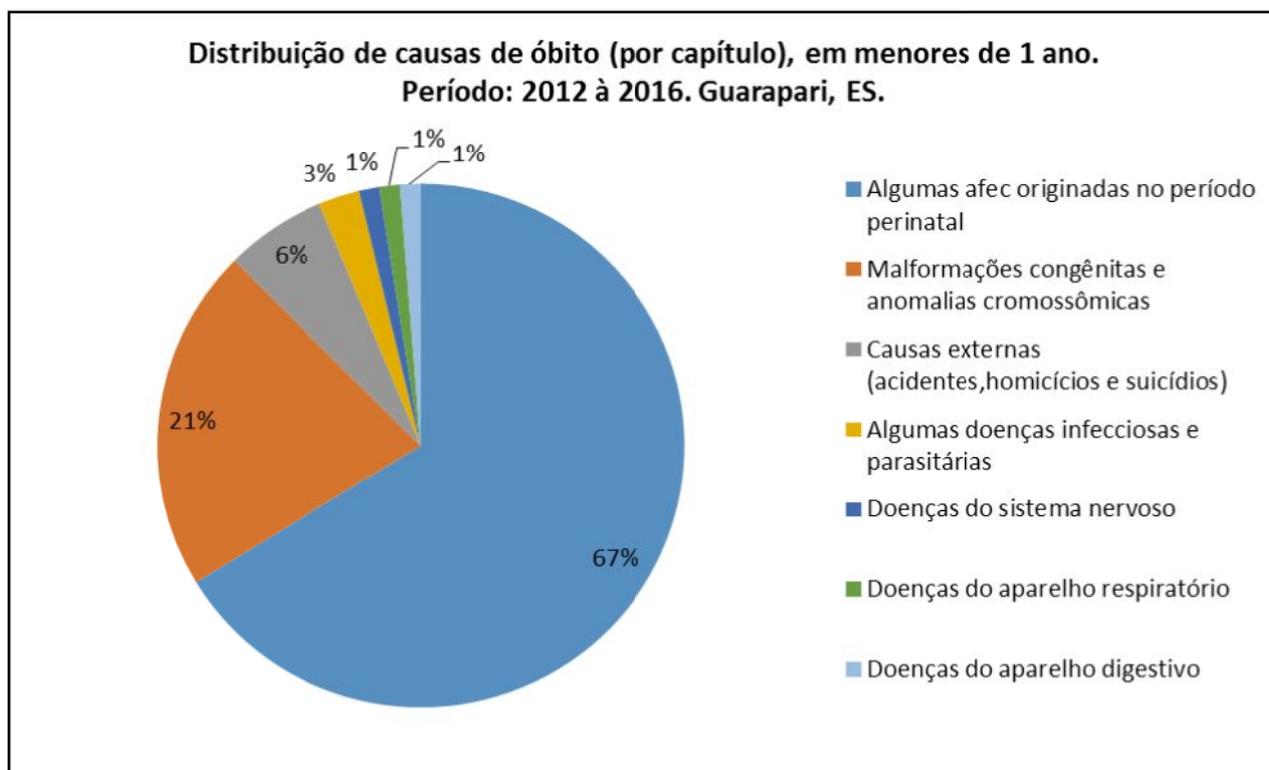
**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Acesso: 13/05/2017.

**TABELA 13 – Mortalidade em menores de um ano por causas. Guarapari, 2012-2016.**

| MORTALIDADE EM MENORES DE UM ANO POR CAUSAS – GUARAPARI - PERÍODO 2012 A 2016 |                |
|---|----------------|
| Causas Capítulos  | Menor de 1 ano |
| Total   | 80             |
| Algumas afecções originadas no período perinatal                              | 53             |
| Malformações congênitas e anomalias cromossômicas                             | 17             |
| Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)                           | 5              |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias                                    | 2              |
| Doenças do sistema nervoso  | 1              |
| Doenças do aparelho respiratório  | 1              |
| Doenças do aparelho digestivo   | 1              |

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Acesso: 13/05/2017.

**GRÁFICO 12 – Distribuição de óbitos em menores de 1 ano por causas. Guarapari, 2012-2016.**



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Acesso: 26/04/2017.

### 2.1.3.3. Grupos e Intervenções Específicos

#### 2.1.3.3.1. Saúde da Mulher

A assistência à saúde da mulher, na atenção primária no SUS, se consolida como referência de qualidade e primeira escolha de atendimento da população feminina. Para tanto, torna-se um desafio desenvolver e gerenciar as políticas de saúde da mulher, baseado em evidências científicas, articulando-se com outros setores afins para dar suporte às equipes básicas de saúde a implementarem ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação desta clientela, garantindo uma atenção à saúde de qualidade.

Objetivo: Executar ações dirigidas para o atendimento das necessidades prioritárias do grupo populacional feminino acima de 10 anos, com vistas à redução da sua morbimortalidade especialmente por causas evitáveis.



## Principais Ações

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher no SUS
- Melhoria da qualidade e do acesso à assistência do pré-natal;
- Redução da morbimortalidade materna e fetal especialmente por causas evitáveis;
- Redução da incidência de sífilis congênita;
- Planejamento familiar;
- Melhoria do acesso e adesão a métodos contraceptivos reversíveis;

### **Centro de Atenção à Saúde da Mulher**

Realiza as ações relacionadas à prevenção e detecção dos cânceres de mama e colo do útero em parceria com as UBS, ESF, além do tratamento, seguimento e busca ativa das mulheres que apresentam lesões pré-cancerígenas e do encaminhamento para a referência nos casos indicados. Oferece assistência de pré-natal de risco habitual às gestantes residentes em áreas ainda descobertas e às gestantes de alto risco encaminhadas pelas equipes de ESF, assim como a avaliação puerperal. Realiza atendimento ginecológico voltado à menarca, climatério e patologias do trato reprodutor feminino, assim como ações voltadas ao Planejamento Familiar.

#### **2.1.3.3.2. Saúde do Homem**



Os homens brasileiros vivem, em média, 7,2 anos a menos que as mulheres. Entre as causas de morte prematura estão a violência e acidentes de trânsito, além de doenças cardiovasculares e infartos. Por isso o Ministério da Saúde implementou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Um dos principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina e propiciar um melhor acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

A adoção de hábitos saudáveis, a prática de atividade física regular, a alimentação balanceada e o uso moderado de bebidas alcoólicas são cruciais para diminuir estes agravos evitáveis. A identificação precoce de doenças aumenta as chances de um tratamento eficaz. Por isso, alguns exames devem fazer parte da rotina dos homens.

O Programa de Atenção à Saúde do Homem tem por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, contribuindo para a redução da morbimortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação do acesso às ações e serviços de atenção integral à saúde.

Funcionamento: Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família, inseridos no programa têm como função desenvolver as atividades no nível local, coordenando os planos de ação, as estratégias locais de capacitações em Saúde do Homem e dos Grupos Terapêuticos de pacientes.

#### **2.1.3.3.3. Saúde do Idoso**

O Programa de Saúde do Idoso, instituído no município de Guarapari a partir da Resolução CMS n 023/2014 visa garantir a atenção integral à saúde da população idosa, através da operacionalização das suas estratégias, contribuindo assim para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa que em Guarapari, cuja



taxa de envelhecimento está em 11,91%. Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades dos idosos, assim como a sua participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência.

Objetivos:

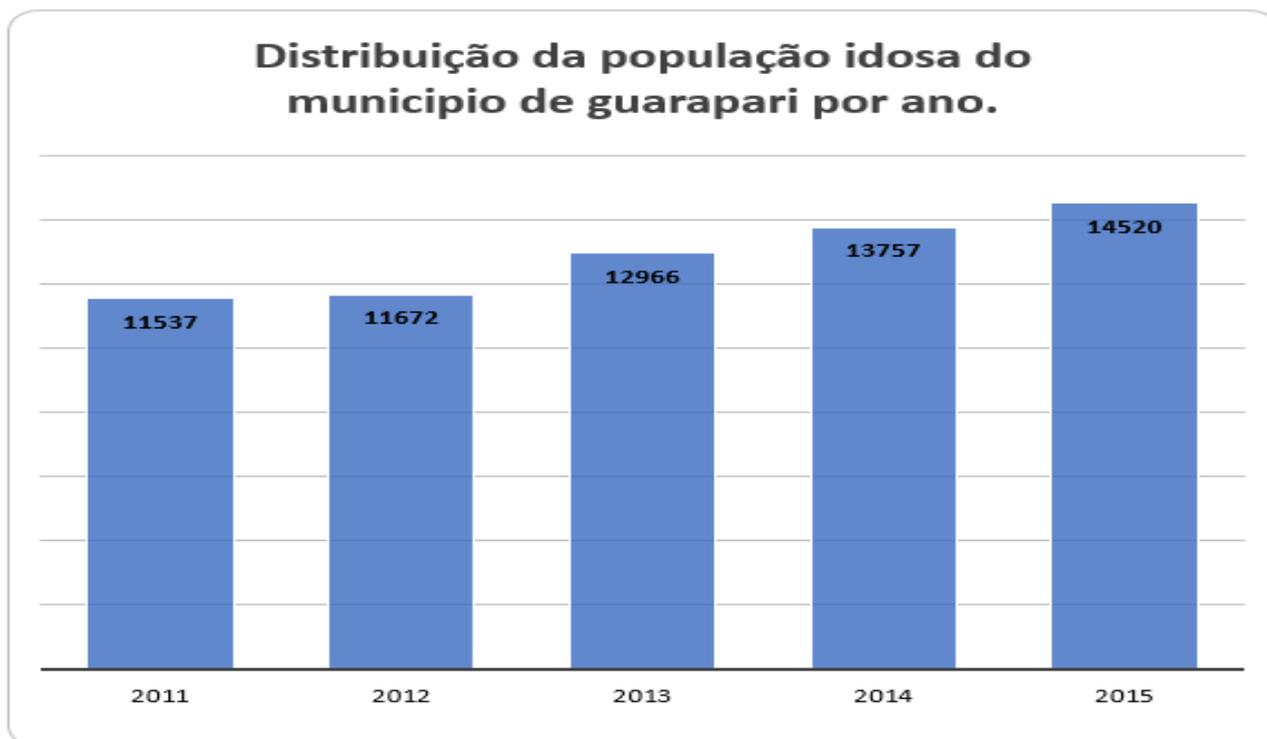
- Promoção de um envelhecimento ativo e saudável, ao longo de toda a vida;
- Desenvolvimento de ações de promoção e assistência à saúde, baseadas no perfil epidemiológico da população idosa;
- Incentivar a integração com as demais faixas etárias;
- Prevenir a morbidade hospitalar e a incidência de quedas;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.

O envelhecimento faz parte do ciclo natural da vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autônoma o mais tempo possível, o que implica:

- a) Ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social;
- b) Adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico; e
- c) Ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

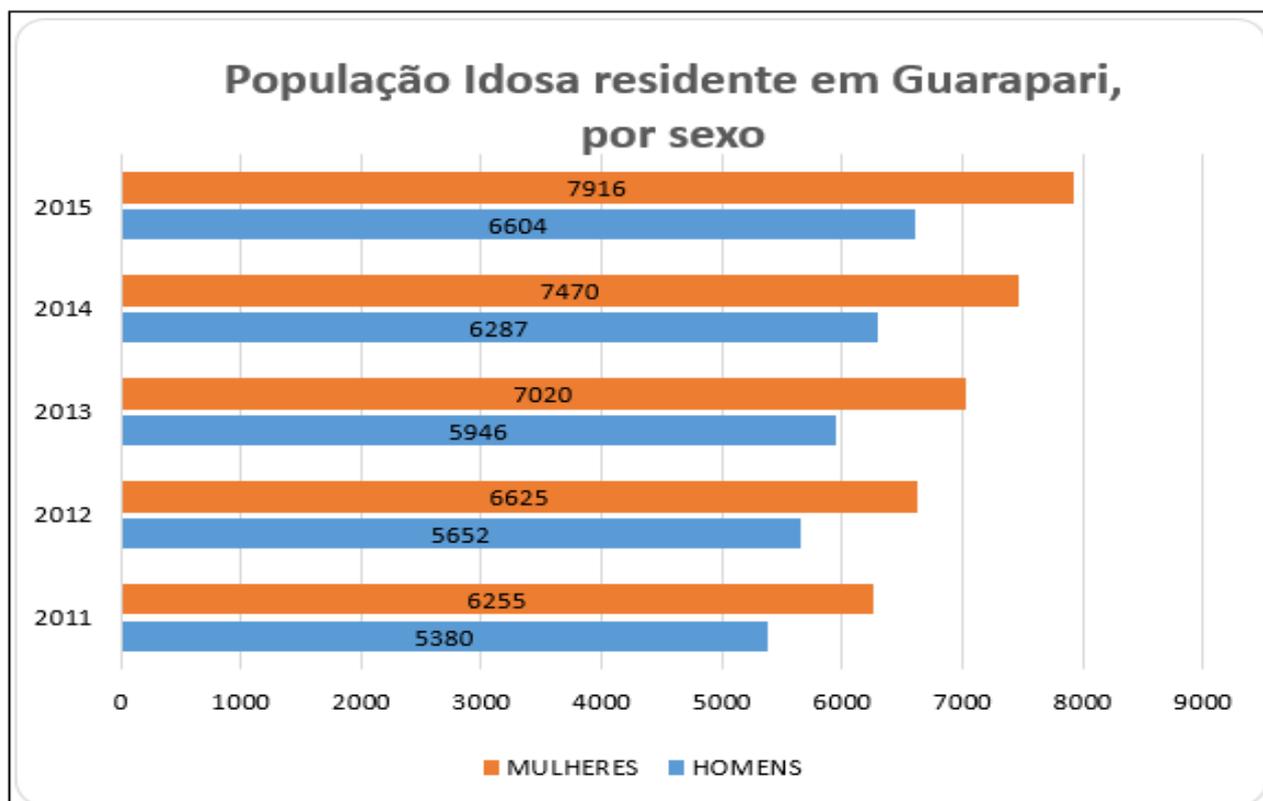


**GRÁFICO 13 – Distribuição da população idosa. Guarapari, 2011-2015**



Fonte: TABNET, Acesso em 15/05/2017.

**GRÁFICO 14 – População idosa residente, por sexo. Guarapari, 2011-2015**



Fonte: TABNET, Acesso em 16/05/20017.



#### **2.1.3.3.4. Saúde Bucal**

O Ministério da Saúde no ano de 2003, lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. Este programa instituiu uma série de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população.

As principais linhas de ações do Programa são:

> Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF);

Ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias;

Viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Nos municípios as ações de políticas públicas de saúde bucal, são operacionalizadas através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim a Saúde Bucal é realizada através de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que amplie as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. São ações das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família:

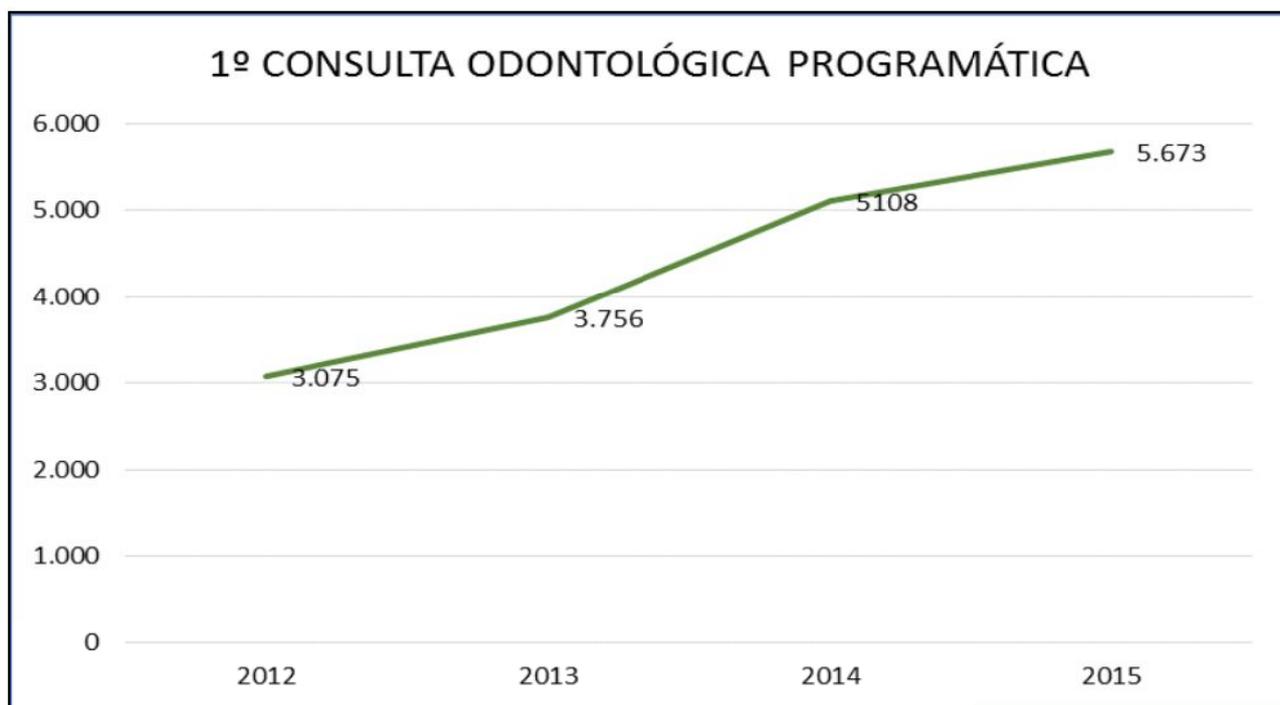
- » Ações de recuperação;
- » Prevenção e controle de câncer bucal;
- » Incremento da resolução da urgência;
- » Inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica;
- » Inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica.



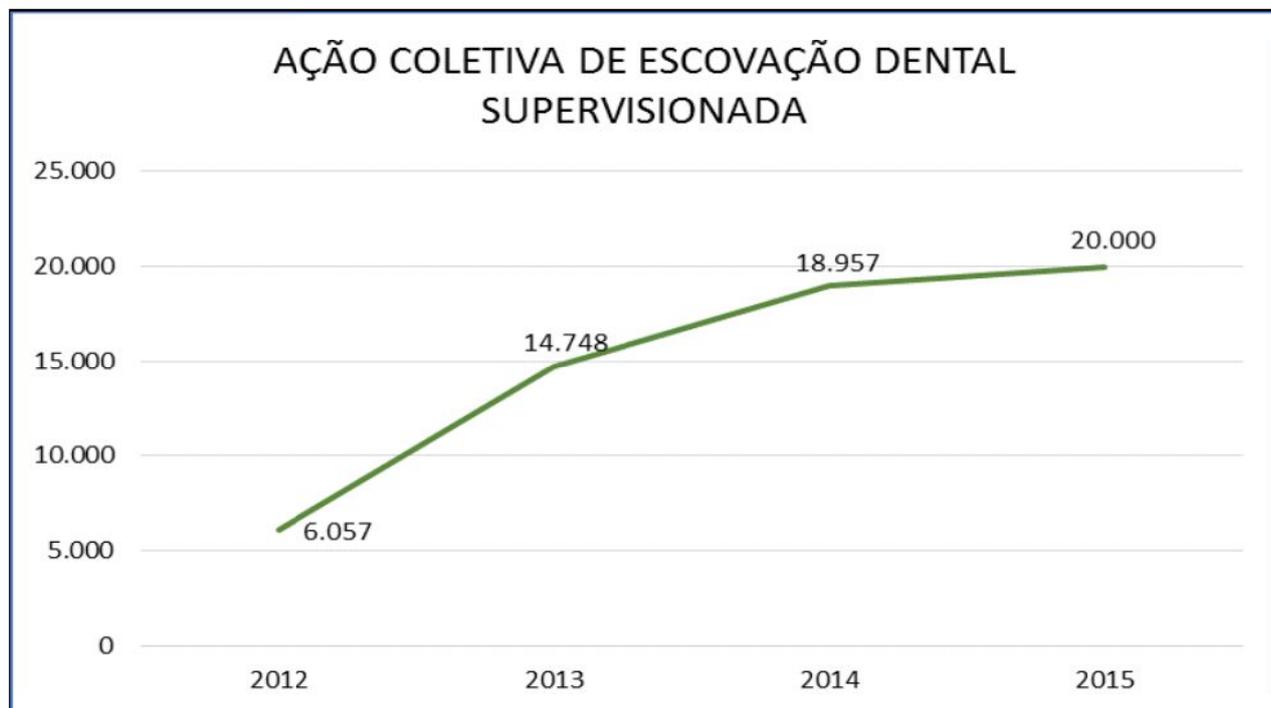
A cobertura é realizada mediante a territorialização do município ao qual cada profissional de odontologia cobre devidamente cada área abrangida.

Tendo em vista a demanda reprimida, houve necessidade do município ampliar sua estrutura com novas unidades de saúde contendo novos consultórios odontológicos bem como a contratação de novos profissionais.

**GRÁFICO 15 – Primeira consulta odontológica programática. Guarapari, 2012-2015**



**Fonte:** *Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas, SEMSA - Guarapari*

**GRÁFICO 16 – Ação coletiva de escovação dental supervisionada. Guarapari, 2012-2015**

**Fonte:** *Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas, SEMSA - Guarapari*

Ainda no âmbito da Atenção Primária à Saúde, o Município de Guarapari investiu também na Saúde Bucal dos usuários do SUS, instalando consultórios odontológicos em todas as Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família. Desta forma, houve a ampliação do número de ações coletivas de escovação dental supervisionada e primeira consulta odontológica programática.

Além dos consultórios das Unidades de Saúde, Guarapari conta com o Centro Odontológico Municipal para o atendimento às áreas descobertas pela Estratégia de Saúde da Família.

**FIGURA 2 – Histórico de equipes de saúde bucal por modalidade. Guarapari, 2015**

**MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB**  
**Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Saúde Bucal**  
**Unidade Geográfica:** Município - GUARAPARI/ES  
**Competência:** Janeiro de 2015 a Dezembro de 2015

| Ano  | Mês | População | Equipe de Saúde Bucal                 |                        |             |                                       |                        |             |
|------|-----|-----------|---------------------------------------|------------------------|-------------|---------------------------------------|------------------------|-------------|
|      |     |           | Modalidade I                          |                        |             | Modalidade II                         |                        |             |
|      |     |           | Credenciadas pelo Ministério da Saúde | Cadastradas no Sistema | Implantadas | Credenciadas pelo Ministério da Saúde | Cadastradas no Sistema | Implantadas |
| 2015 | 01  | 107.836   | 16                                    | 3                      | 3           | 0                                     | 0                      | 0           |
| 2015 | 02  | 107.836   | 16                                    | 3                      | 3           | 0                                     | 0                      | 0           |
| 2015 | 03  | 107.836   | 16                                    | 3                      | 3           | 0                                     | 0                      | 0           |
| 2015 | 04  | 107.836   | 16                                    | 3                      | 3           | 0                                     | 0                      | 0           |
| 2015 | 05  | 107.836   | 16                                    | 4                      | 4           | 0                                     | 0                      | 0           |
| 2015 | 06  | 107.836   | 16                                    | 4                      | 4           | 0                                     | 0                      | 0           |
| 2015 | 07  | 107.836   | 16                                    | 4                      | 4           | 0                                     | 0                      | 0           |
| 2015 | 08  | 107.836   | 16                                    | 4                      | 4           | 0                                     | 0                      | 0           |
| 2015 | 09  | 107.836   | 16                                    | 4                      | 4           | 0                                     | 0                      | 0           |
| 2015 | 10  | 107.836   | 16                                    | 6                      | 6           | 0                                     | 0                      | 0           |

Fonte: MS/SAS/DAB

**FONTE:** MS/SAS/DAB

Entre os anos de 2012 a 2015, o município ampliou o quantitativo de equipes de saúde bucal de 03 para 06 (seis) Equipes de Saúde Bucal.

#### **2.1.3.3.5. Saúde Mental**

A Atenção Básica tem como um de seus princípios, possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto da atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a



comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida.

A atual política de saúde mental brasileira é o resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada da década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc).

Em 2001 foi sancionada a Lei n 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, tornando-o uma política de estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial n 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde.

Com base na Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/01, a atenção aos portadores de transtornos mentais busca consolidar uma personificação da atenção à saúde mental aberta e de base comunitária garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade ou cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que esta dispõe.

**Fonte: Caderno de Atenção básica n 34 – Ministério da Saúde.**



## **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II**

O CAPS II é um serviço para tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, que por esta condição não conseguem vinculação a outros serviços de saúde e necessitam de atendimento interdisciplinar, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Habilitado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/450 de 19/08/2004, sob o registro n.º 25.000.144/214/2004-11, instalado no Município de Guarapari em Janeiro de 2004, atende a média mensal de cento e quarenta e oito consultas a pacientes em tratamento nos perfis intensivo, semi-intensivo e não intensivo através de cotas na modalidade consórcio subdividida em atendimentos ambulatoriais, dependência química (CAPS AD), demanda infantil (CAPSi) e CAPS. Constitui no Sistema Único de Saúde (SUS), a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica na substituição do modelo hospitalocêntrico, considerando a Lei 10.216 de 06/04/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a Portaria 336/GM de 19/02/2002 que regulamenta o funcionamento dos CAPS, em conformidade com o disposto no NOAS 01/01, ponto de referência na RAPS instituída pela Portaria 3088 de 23/11/2011.

Aberto e comunitário, o CAPS II de Guarapari abriga uma Equipe Multiprofissional constituída por 2 Psicólogos, 1 Assistente Social, 1 Pedagogo, 1 Médico Clínico, 1 Psiquiatra, 2 Enfermeiros, 1 Técnico de Enfermagem, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Assistentes Administrativos, 1 Auxiliar de Enfermagem e 2 Atendentes de Consultório.

É o ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de referência, para tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes; com objetivo de atender a população de abrangência do município, de 70.000 a 200.000



habitantes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social. Visa prestar atendimento em regime de atenção diária, com a responsabilidade de organizar a demanda e a rede de serviços de saúde mental, sob coordenação do gestor local, no âmbito de seu território. Deve ter capacidade técnica para atuar como regulador da porta de entrada da rede de assistência, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Assim como, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que usam medicamentos essenciais para saúde mental, dentro de sua área assistencial.

#### **2.1.3.3.6. Tabagismo**

O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e é a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo. Reconhecido como uma doença epidêmica que causa dependência física, psicológica e comportamental semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas como álcool, cocaína e heroína.

Para conseguir o controle da doença de uma forma ampla, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), criou no ano de 1989 o Programa de Tabagismo, que coordena as ações de Controle do Tabagismo em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, incluindo vários setores da sociedade e conselhos profissionais da área da saúde.



O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Município, através de ações educativas e publicitárias voltadas para atenção à saúde.

Ao procurar o programa o paciente é encaminhado para reuniões dos grupos de apoio, que acontecem toda semana em local específico, onde são coordenadas pelo enfermeiro responsável. O tratamento consiste em quatro sessões com duração de uma hora e meia com grupos de 10 a 15 pessoas, por um período de um mês. Além dos encontros semanais, são realizadas palestras sobre o tabagismo nas escolas municipais, empresas e clínicas de reabilitação.

#### **2.1.3.3.7. Saúde do Escolar**

Conceito: Política municipal intersetorial das Secretarias de Educação e da Saúde voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública municipal que se unem para promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz.

Objetivo: Articular a ação entre Escola e Rede Básica de Saúde.

Permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de Saúde e Educação e promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política.

Funcionamento: Alunos com dificuldade de aprendizado, por razões disciplinares ou de saúde, são diagnosticados pela equipe multiprofissional, que encaminha quando necessário, para educação especial no Programa Saúde do Escolar, onde o estudante recebe o tratamento indicado, referentes a problemas neurológicos, de déficit de atenção,

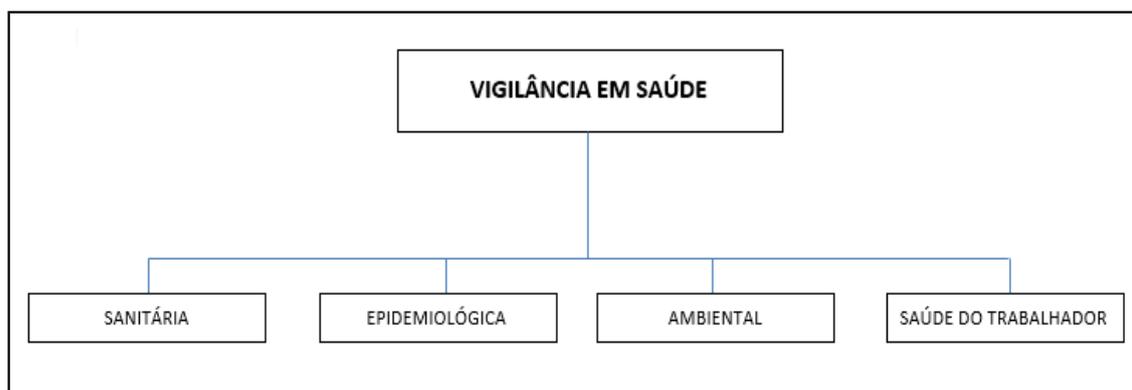
hiperatividade, dentre outros, sempre com a finalidade de promover o bom rendimento em sala de aula.

Equipe: Equipe Multidisciplinar composta pelos seguintes profissionais: Psicólogo, Fonoaudiólogo, Psicopedagogo, Pediatra e Apoio Administrativo.

#### 2.1.3.4. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar causadores de riscos e danos à saúde da população que vive em nosso território, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

**FIGURA 3 – Organograma de trabalho da vigilância em saúde**



**Fonte:** Secretaria Municipal da Saúde - Guarapari

A Vigilância em Saúde é constituída por: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental; Vigilância da Saúde do Trabalhador e a Vigilância Sanitária, e são responsáveis pelas ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se



constituir um espaço de articulação, de conhecimentos e técnicas, entre as vigilâncias, portanto é entendida como uma forma de pensar e agir, e tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes.

É um referencial para mudanças de estratégias, monitoramento e controle das ações da Atenção Primária, e, conseqüentemente deve estar inserida, também, na prática das equipes de saúde da Atenção Básica.

A descentralização das ações das vigilâncias de forma articulada com as ações da Atenção à Saúde contribui no desenvolvimento de uma abordagem integral dos problemas de saúde, na medida em que a organização dessas ações ocorra de forma integrada com as práticas assistenciais.

O objetivo da Vigilância em Saúde é demonstrar o real perfil da situação de saúde pública do Município, com isso, a Secretaria Municipal de Saúde faz uma análise de sua atuação voltada a eliminar, diminuir, controlar ou prevenir doenças, agravos e riscos à saúde, bem como a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde.

#### **2.1.3.4.1. Vigilância Epidemiológica**

A Vigilância Epidemiológica constitui-se num conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.



A Epidemiologia disponibiliza informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada para a execução de ações de controle e prevenção.

Além disso, é um instrumento importante para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização de atividades técnicas correlatas. Sua operacionalização compreende um conjunto de funções específicas e complementares que devem ser, necessariamente, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo.

A Secretaria Municipal da Saúde conta com a Unidade de Vigilância Epidemiológica, na qual, são gerenciados os sistemas de informação (SIM, SINASC, SINAN, FORMSUS, SINAN On Line, Programa de Monitoramento das Doenças Diarréicas - MDDA), Programas de Alimentação e Nutrição (SISVAN, Bolsa Família na condicionalidade saúde), que vem se estruturando no sentido de implementar as informações, partindo dos dados e de pesquisas de campo, cujo objetivo é 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.

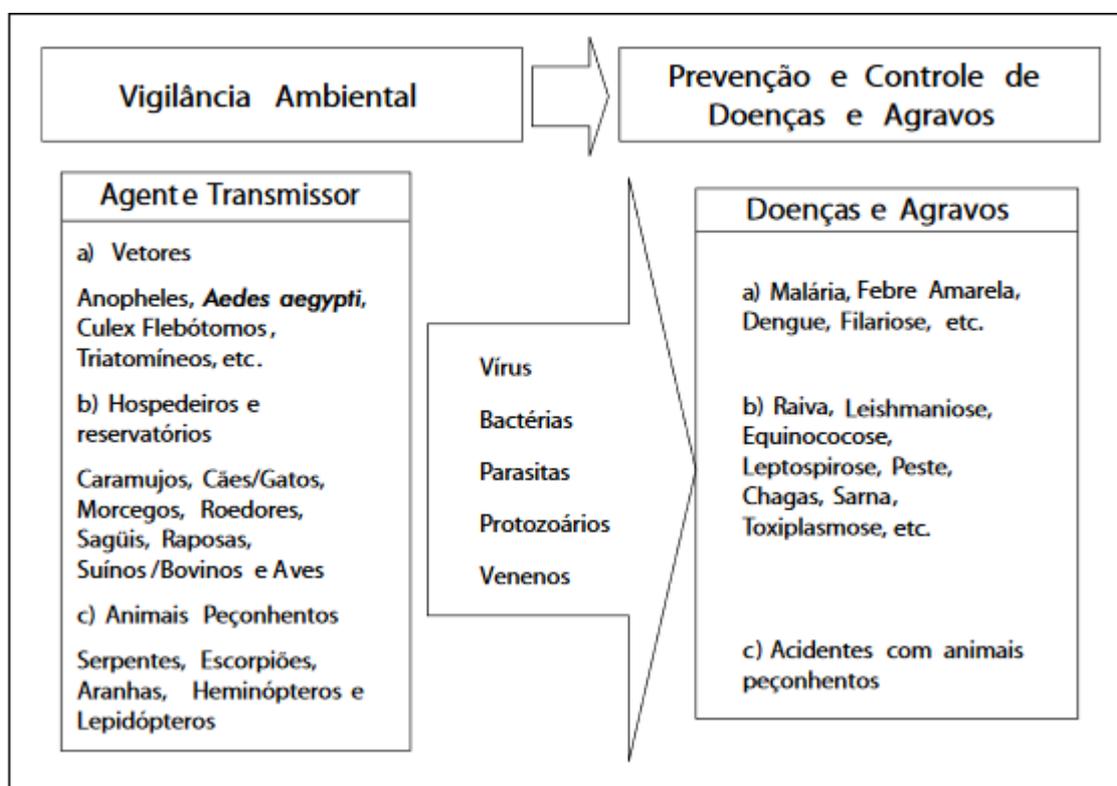
O Comitê de Mortalidade Materno-Infantil, realiza investigação epidemiológica dos óbitos infantis e de mulheres em idade fértil.

#### **2.1.3.4.2. Vigilância Ambiental**

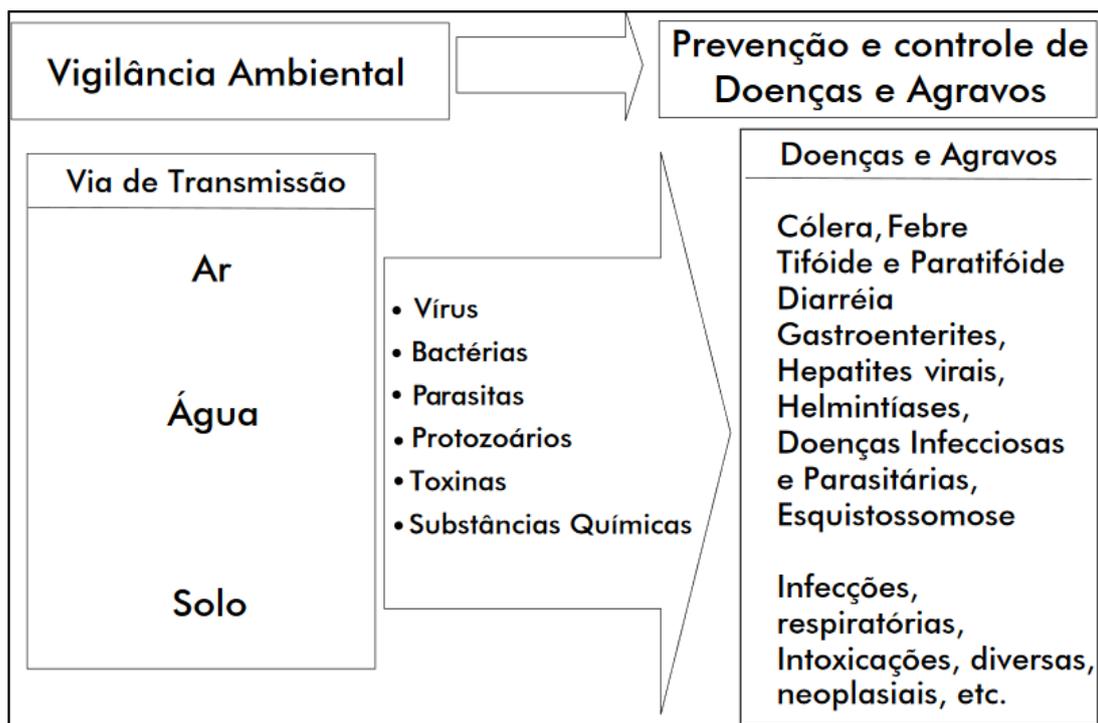
A Vigilância Ambiental consiste num conjunto de ações elevada relevância para a saúde da coletividade, e tem como objetivo: identificar e definir ações para a prevenção de agravos e controle de riscos advindos do meio ambiente.

A Secretaria Municipal de Saúde de Guarapari vem organizando esse serviço com base na Vigilância de Fatores de Risco Biológico (Controle de Vetores, Controle de Animais Reservatórios, Controle de Roedores e Animais Sinantrópicos) e na Vigilância de Fatores de Risco não Biológico (Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, Vigilância da Qualidade do Ar e a Vigilância de Populações Expostas a Solos Contaminados).

**FIGURA 4 – Fatores ambientais de riscos biológicos**



Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-ES.

**FIGURA 5 – Fatores de riscos não biológicos**

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-ES.

A vigilância dos fatores de risco não biológicos, é operacionalizada através dos programas: Vigiágua, Vigissolo e Vigiar.

#### a) Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano (VIGIÁGUA)

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - Vigiágua consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente, como parte integrante das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água, conforme preconiza a Lei 2914/2011, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.



Ações do VIGIÁGUA:

- . Identificação, cadastramento e inspeção sanitária das formas de abastecimento de água do município de Guarapari: Sistema Público e Sistemas Alternativos (individuais e coletivos);
- . Monitoramento (vigilância e controle) da qualidade da água fornecida pelo Sistema Público (Estação de tratamento da CESAN);
- . Monitoramento (vigilância e controle) da qualidade da água dos Sistemas alternativos coletivos (áreas rurais não abastecidas pela CESAN): Todos os Santos, São Miguel, Buenos Aires, Iguape, Village do Sol, Barro Branco, Samambaia e Rio Grande;
- . Monitoramento (vigilância e controle) da qualidade da água dos Sistemas alternativos individuais (poços, nascentes, etc.)
- . Monitoramento (vigilância e controle) da qualidade da água nos Ambientes de interesse coletivo (escolas, hospitais, Centros Comerciais, Casas de show, Clubes, hotéis, pousadas, igrejas, quiosques, etc.)
- . Análise dos dados gerados pela vigilância da qualidade da água para avaliação do grau de risco à saúde (para adoção de ações corretivas ou a fim de eliminar a disseminação de agravos).
- . Realização de exames de cloro residual livre nos Sistema de Abastecimento de Água - SAA (público, coletivos, em ambientes de interesse coletivo e individuais).
- . Distribuição de hipoclorito de sódio para tratamento da água junto às populações e domicílios expostos ao risco de contrair doenças de veiculação hídrica.

**FIGURA 6 – Tabela de análises de água no município de Guarapari, no ano de 2016.**

**Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano**

Data: 18/04/2017

Hora: 10:18:31

**Cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem - Parâmetros Básicos**

Quantitativo de amostras analisadas pela Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

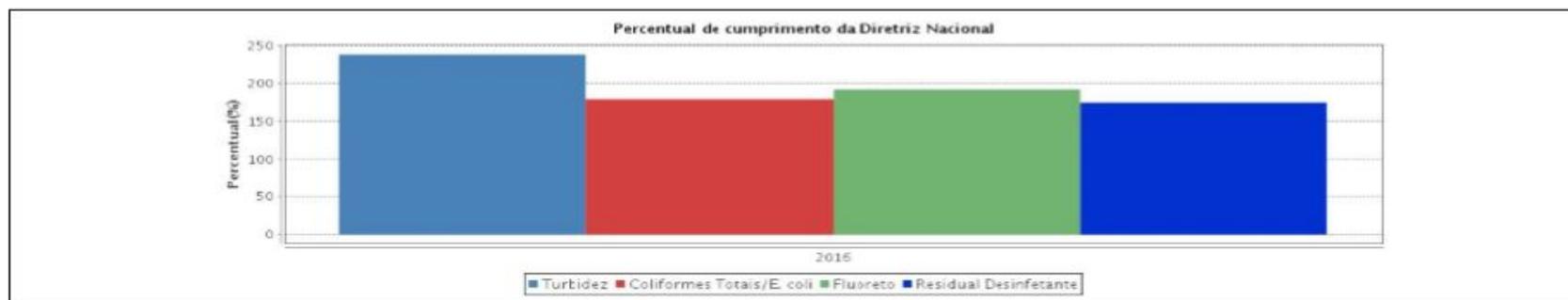
Abrangência: ES - GUARAPARI  
 Código IBGE: 320240  
 População: 119.802  
 Período: 2016 a 2016

| Parâmetro                          | Quantitativo mínimo de análises <sup>1</sup> |                  | Número de amostras analisadas e percentual de cumprimento de diretriz nacional do plano de amostragem |  | TOTAL NO PERÍODO |
|------------------------------------|--|------------------|---|--|------------------|
|                                    | Anual  | Total no período | 2016  |  |                  |
| Turbidez                           | 264  | 264              | 631<br>239,02%  |  | 631<br>239,02%   |
| Coliformes Totais/E. coli          | 264  | 264              | 472<br>178,79%  |  | 472<br>178,79%   |
| Fluoreto                           | 108  | 108              | 207<br>191,67%  |  | 207<br>191,67%   |
| Residual Desinfetante <sup>2</sup> | 264  | 264              | 460<br>174,24%  |  | 460<br>174,24%   |

(1) Quantitativo Mínimo estabelecido na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

(2) Residual Desinfetante: Refere-se a somatória das análises dos parâmetros: Cloro Residual Livre, Cloro Residual combinado e Dióxido de Cloro

Nota: A contagem do número de amostras analisadas não leva em consideração aquelas coletadas por motivo de surto ou desastre.



Fonte: DATASUS-MS, Acesso em 18/04/2017.



b) Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica (VIGIAR)

O programa Nacional de Vigilância da qualidade do ar, VIGIAR, atua em regiões onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas. Os padrões de qualidade do ar são parâmetros que estabelecem as concentrações de poluentes atmosféricos que, ultrapassadas, poderão afetar a saúde, a segurança e o bem-estar da população, bem como ocasionar danos à flora e à fauna, aos materiais e ao meio ambiente em geral. E estes padrões devem obedecer a Resolução CONAMA n 003/1990 e Resolução CONAMA n 008/1990

O Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR) é uma ferramenta que contém informações ambientais como as indústrias de extração e de transformação, frota veicular, e focos de calor, e ainda informações de saúde com as taxas de mortalidade e internações por doenças do aparelho respiratório. O IIMR permite a identificação de municípios prioritários, bem como a caracterização dos grupos populacionais efetiva ou potencialmente expostos aos poluentes atmosféricos, propiciando a caracterização dos municípios e avaliação do risco a que a população está exposta. Os dados constantes no IIMR possibilitam o planejamento de ações preventivas e auxilia na adoção de medidas corretivas, além de abrir espaço para discussão com os órgãos ambientais locais.

A Unidade Sentinela do VIGIAR, em Meaípe, tem como parceria a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde que monitora os eventos que sejam de interesse para a saúde pública, como uma estratégia de vigilância de casos de doenças respiratórias em populações susceptíveis como as crianças menores de 5 anos (até 4 anos, 11 meses e 29 dias) e idosos (maiores de 60 anos), que apresentem um ou mais sintomas respiratórios descritos como: dispneia/ falta de ar/ cansaço; sibilos/ chiado no



peito e tosse que podem estar associados a outros sintomas, e nos agravos de asma, bronquite e infecção respiratória aguda.

Ações do VIGIAR:

- . Manter o sistema de informação atualizado anualmente através do Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR);
- . Acompanhar as ações da vigilância epidemiológica no monitoramento de eventos relacionados a agravos provocados por poluição atmosférica.

#### c) Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (VIGISOLO)

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (VIGIPEQ) trabalha com os contaminantes químicos que interferem na saúde humana e nas inter-relações entre o homem e o ambiente, buscando articulações de saúde integradas – prevenção, promoção, vigilância e assistência à saúde de populações expostas a contaminantes químicos. Nessa mesma linha, atua também um dos componentes do VIGIPEQ, que é a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas (VIGISOLO).

Vale ressaltar que em 2009 o Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA) disciplinou o gerenciamento de áreas contaminadas no Brasil por meio da Resolução N 420, que dispõe sobre critérios e valores orientadores de qualidade do solo quanto à presença de substâncias químicas e estabelece diretrizes para o gerenciamento ambiental de áreas contaminadas por essas substâncias em decorrência de atividades antrópicas.



Para a operacionalização das ações do VIGISOLO, foi proposta uma classificação das áreas de acordo com origem da contaminação, a saber: AD (Área Desativada); AI (Área Industrial); ADRI (Área de Disposição de Resíduos Industriais); DA (Depósito de Agrotóxicos); CN (Contaminação Natural); AM (Área de Mineração); AA (Área Agrícola); ADRU (Área de Disposição de Resíduos Urbanos); UPAS (Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços); e ACAPP (Área Contaminada por Acidente com Produto Perigoso). Pontos cadastrados pelo município de Guarapari: Postos de combustível, cemitérios, Lixões, Ferros-velhos, lavanderias, indústria que trabalha com produtos químicos (xampus, esmalte, etc.), empresas que trabalham com inseticidas, empresas coletoras de resíduos de fossas, entre outras.

Ações do VIGISOLO:

- . Manter atualizado o Relatório de Acompanhamento Anual das Ações do VIGISOLO no município.
- . Cadastramentos de áreas contaminadas ou sob suspeita de contaminação.

### **Programa Municipal de Controle Populacional de Cães e Gatos**

As atividades de manejo das populações de cães e gatos tem como objetivo o controle de zoonoses de relevância, como a raiva e a leishmaniose visceral.

Contudo, segundo parecer da Organização Mundial de Saúde (OMS), não existe evidência que a remoção de cães isoladamente tenha apresentado algum impacto significativo na população canina ou na disseminação da raiva. O fluxo da população é tão grande que mesmo as taxas de captura mais altas relatadas (cerca de 15% da população total) são facilmente compensadas por um aumento na taxa de sobrevivência e consequente reposição dos animais removidos.



Sendo assim, são reconhecidos três métodos para o manejo da população canina: restrição da movimentação, controle do habitat e controle reprodutivo. O raciocínio é reduzir o fluxo da população de caninos e o número de cães suscetíveis à raiva, através de castração e vacinação.

Com isso, o município de Guarapari, implantou o Programa de Controle Populacional, normatizado na Lei Municipal n. 3.804/2014, visando realizar a castração cirúrgica de cães e gatos com o intuito de diminuir a população destes animais. Ainda vale ressaltar que há critérios para selecionar os animais para a castração sendo contemplados prioritariamente os animais errantes, concomitante a animais de proprietários dos bairros selecionados. O programa visa o recolhimento contínuo de animais errantes semanalmente e ainda os animais de proprietários.

A partir de agosto de 2016, foram realizadas campanhas nos bairros: Elza Nader (bairro piloto), Una, Setiba, Paturá, Pontal de Santa Mônica e Santa Mônica, integrantes do Território Sanitário III. O programa visa a continuidade e os bairros contíguos, visando o controle de mobilidade destes animais de rua.

**TABELA 14 – Animais Castrados – Guarapari, 2016.**

| Animais Castrados em Guarapari no ano de 2016 |   |
|---|---|
| Local   | Quantidade de Animais<br>(cães e gatos) |
| Animais de Rua                                | 264                                     |
| Elza Nader                                    | 21                                      |
| Paturá  | 21                                      |
| Setiba  | 45                                      |
| Una   | 28                                      |
| Santa Mônica                                  | 80                                      |
| Pontal de Santa Mônica                        | 45                                      |
| Total   | 504                                     |



## **Programa Municipal de Controle do Aedes**

Com o avanço das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, a Secretaria de Estado da Saúde juntamente com os Municípios tem traçado estratégias para melhor controle deste vetor. Com isso, foi implantado no Município de Guarapari, bem como em todo o Estado do Espírito Santo o serviço de monitoramento de vetores adultos, que permite ao município obter uma fotografia semanal da infestação do *Aedes*.

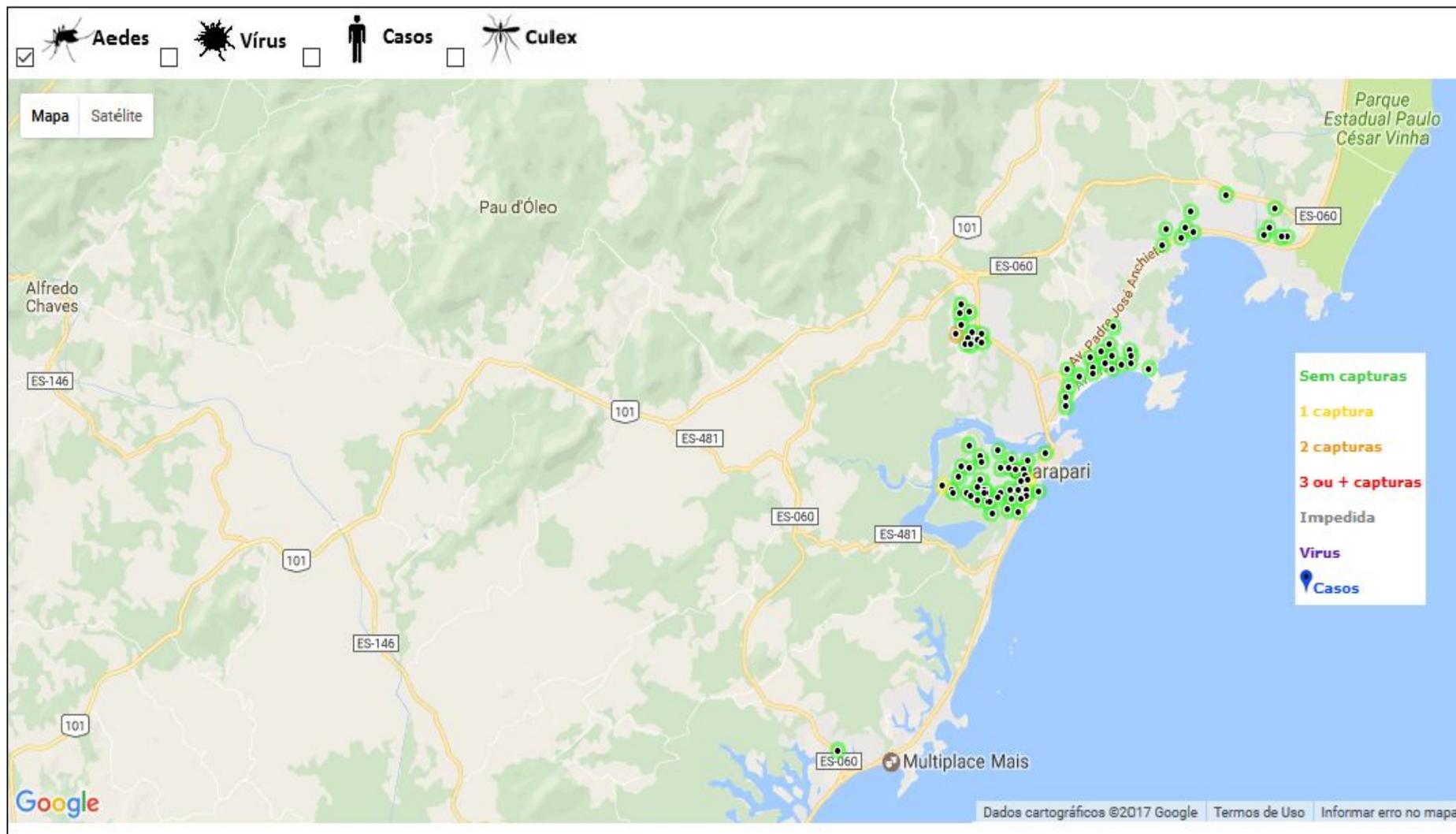
O Monitoramento Inteligente – MI-Dengue utiliza armadilhas desenvolvidas para captura de mosquitos do gênero *Aedes* sp. Elas são posicionadas dentro da área urbana do município e são vistoriadas semanalmente pelos agentes de endemias. O número de capturas em cada armadilha fornece as informações sobre a população do vetor. Essas informações são enviadas para a central de dados através de dispositivos móveis.

As informações recebidas constituem a base de dados do site para gestão online, onde estão disponíveis os mapas de infestação do vetor, tabelas de incidência por bairros, relatórios de plano de ação para controle, além da área de gestão de equipe e insumos.

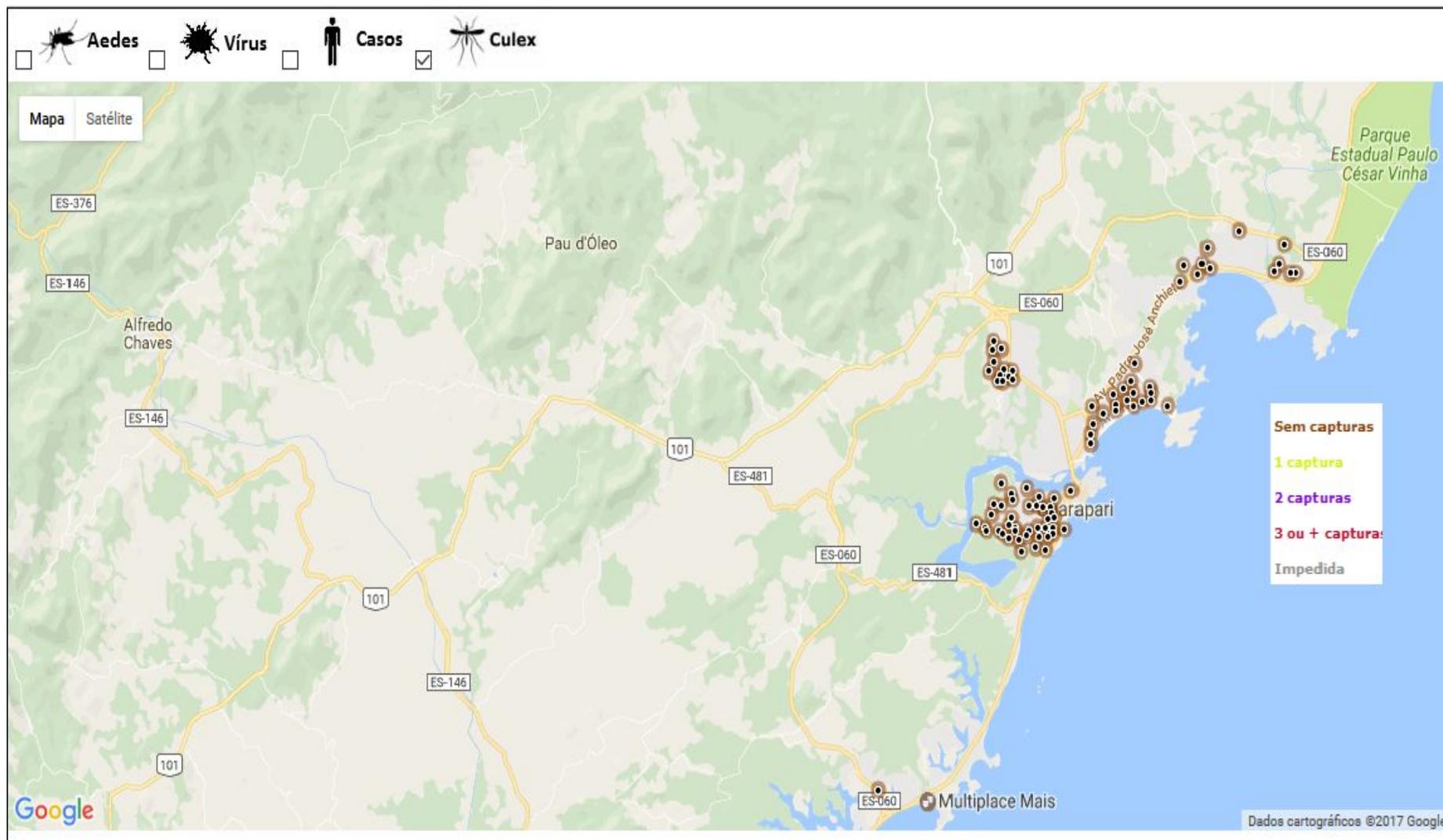
Este monitoramento traz semanalmente a informação de vetores presentes no Município e a detecção precoce do vírus da Dengue, Chikungunya e Zika nestas análises, podendo assim ser direcionadas as atividades de controle mais precisamente.



### MAPA 3 - Pontos com a presença do *Aedes aegypti*. Guarapari, 2017.



Fonte: [http://www.midengue.com.br/clientes/google\\_semanal\\_mapa2013pop.php?SEMANA=16&CLIENTE=4010&ANO=2017](http://www.midengue.com.br/clientes/google_semanal_mapa2013pop.php?SEMANA=16&CLIENTE=4010&ANO=2017) – Acesso em 02/05/2017.

**MAPA 4 - Pontos com a presença do Cúlex. Guarapari, 2017.**

Fonte: [http://www.midengue.com.br/clientes/google\\_semanal\\_mapa2013pop.php?SEMANA=16&CLIENTE=4010&ANO=2017](http://www.midengue.com.br/clientes/google_semanal_mapa2013pop.php?SEMANA=16&CLIENTE=4010&ANO=2017) – Acesso em 02/05/2017.



## **Estrutura Operacional da Vigilância Ambiental**

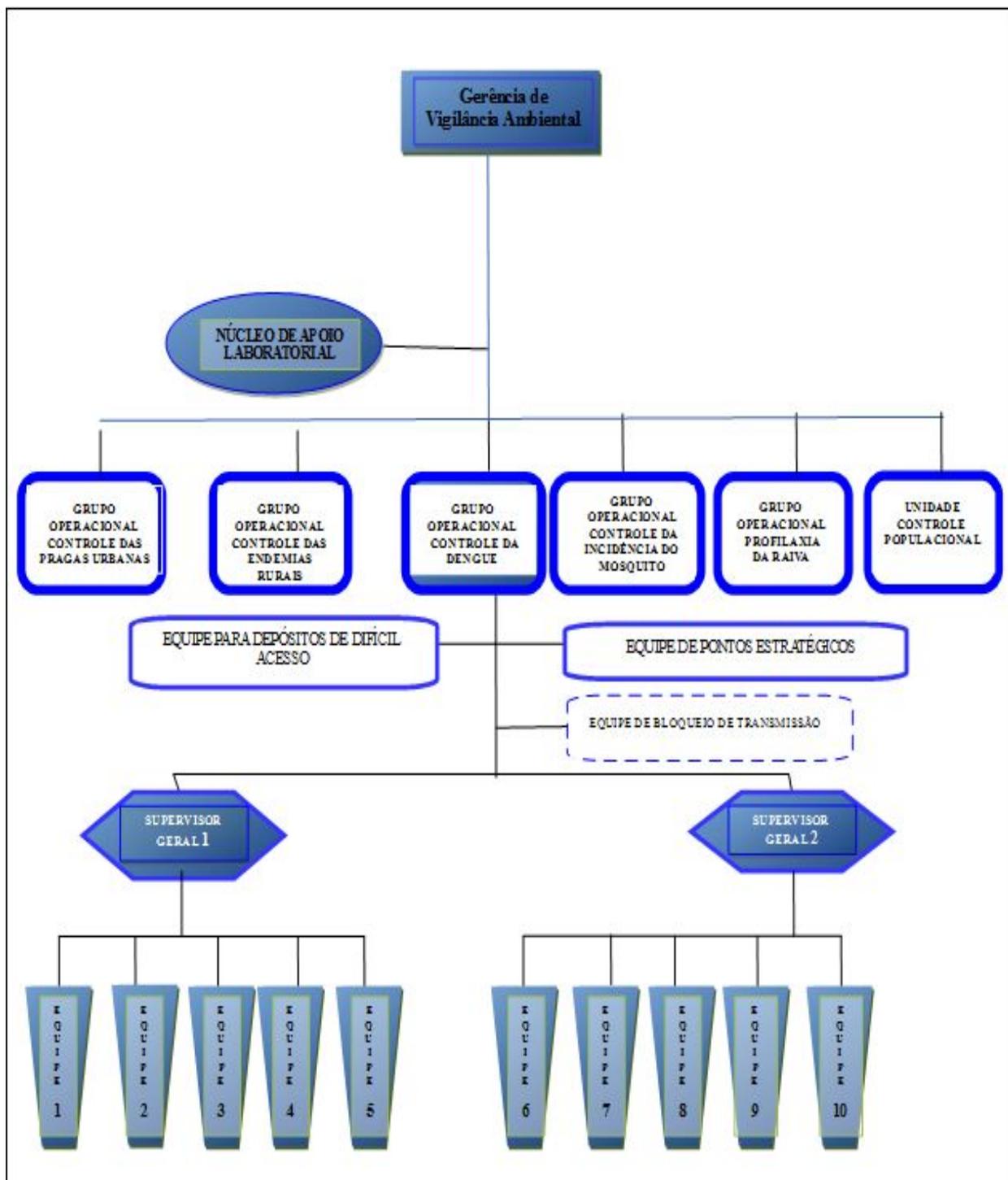
A Vigilância Ambiental é operacionalizada a partir do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), que dentre seus objetivos destacam-se: produzir, integrar, processar e interpretar informações, visando disponibilizar ao gestor instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de 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; bem como, combater as diversas endemias.

O Centro de Controle de Zoonoses é um estabelecimento onde se desenvolvem as atividades de Vigilância Ambiental, o controle das zoonoses e doenças transmitidas por vetores. O controle das zoonoses se dá pelo manejo das populações animais, assim classificadas:

- Vetores: aedes, flebótomos, culex e simulídeos;
- Reservatórios e hospedeiros: cães, gatos, bovinos, equídeos, suínos, ovinos e caprinos;
- Animais sinantrópicos: roedores, baratas, pulgas, pombos e morcegos;
- Animais peçonhentos: escorpiões, cobras, aranhas, abelhas, etc.



Figura 7 – Organograma da estrutura da Vigilância Ambiental de Guarapari – Centro de Controle de Zoonoses.



Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-ES.



As ações desenvolvidas por esse setor trazem impactos positivos para a saúde pública. Assim, realiza atividades de vigilância em importantes antropozoonoses de relevância para a população.

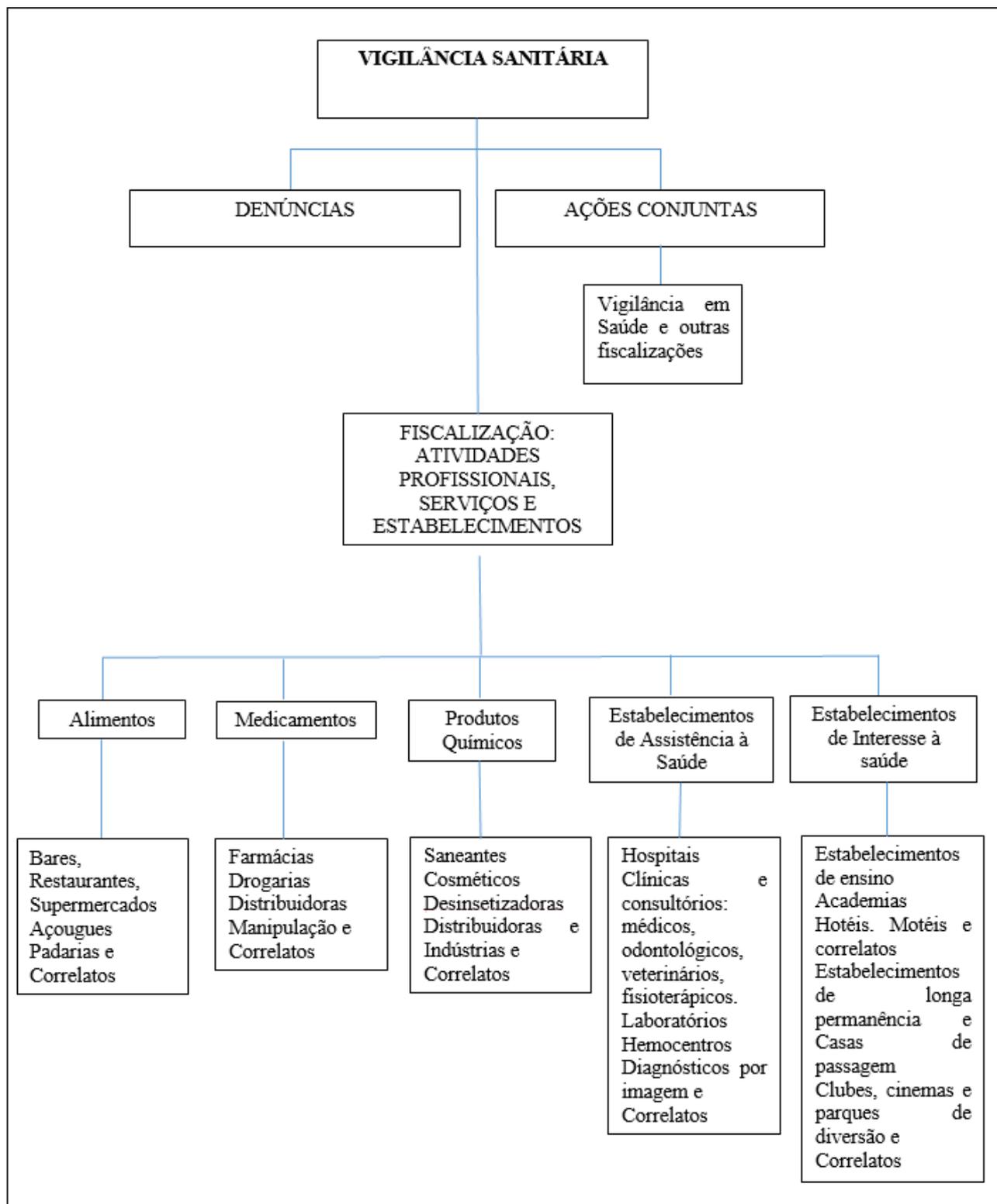
O Centro de Controle de Zoonoses implantou ainda, o Programa Municipal de Castração de cães e gatos, visando diminuir a população de animais de rua. O programa conta não só com a castração dos animais, mas também com a conscientização da população quanto a posse responsável dos animais. São realizados recolhimentos de animais de rua para castração, além de acesso a população que queira castrar seus animais.

#### **2.1.3.4.3. Vigilância Sanitária**

A Vigilância Sanitária (VISA) instituída em Guarapari através da lei municipal N 1.362/97, executa ações amparadas de forma geral em normativas federais, estaduais e municipais. A VISA possui o Código Sanitário Municipal N 1696/97, onde o seu cumprimento se dá através de "autoridade sanitária" instituída por portaria.

A VISA tem o poder de normatização, educação, avaliação e intervenção capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Vinculada à Secretaria Municipal de Saúde ela está inserida na Vigilância em Saúde trabalhando em conjunto com a Ambiental e a Epidemiológica.

**FIGURA 8 – Fluxo de trabalho da Vigilância Sanitária de Guarapari**

Fonte: Vigilância Sanitária de Guarapari, 2017

A equipe é composta por Agentes Fiscalizadores e Referências Técnicas formadas e capacitadas nas áreas de atuação da VISA. Sua missão fiscalizadora e orientadora deve



estimular e propiciar a conscientização e responsabilidade na busca constante de melhoria das condições de segurança e qualidade sanitária em nosso território, no que tange aos itens do seu campo de atuação.

#### **2.1.3.4.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador**

Visa a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Objetivos específicos:

- a) Caracterização do território, perfil social, econômico e ambiental da população trabalhadora.
- b) Intervenção nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los.
- c) Vigilância do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando situações de risco à saúde em potencial, fazendo cumprir a legislação e as normas técnicas.
- d) Antecipação das ações da VISAT, por meio das informações referentes a implantações de novos processos produtivos e de serviços, polos de desenvolvimento.



- e) Capacitação das fontes notificadoras públicas e privadas.
- f) Capacitação do trabalhador, para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza no sentido da promoção da saúde.
- g) Avaliação do impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle e atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde, para subsidiar a tomada de decisões das instâncias do SUS e órgãos competentes.

De acordo com a NORMA OPERACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS (NOST-SUS) – Portaria MS n 3.908, de 30 de outubro de 1998, em seu Art. 3 , cabe ao Município, através da Secretaria de Saúde, realizar as ações discriminadas, conforme a sua condição de gestão:

- a) Gestão Plena da Atenção Básica: assume as seguintes Ações de Saúde do Trabalhador:
  - a.1- garantir o atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, através da rede própria ou contratada, dentro de seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir;
  - a.2- realizar ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação;
  - a.3- notificar os agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho e alimentar, regularmente, o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;
  - a.4 - estabelecer prática rotineira de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em saúde do trabalhador (BRASILIA, 1998).

E, segundo a Portaria MS N 1.823, de 23 de agosto de 2012, em seu Art. 13, compete aos gestores municipais de saúde:

- I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador;



(...)

III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

(...)

VII - participar, em conjunto com o Estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;

VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns;

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;

X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (BRASILIA, 2012).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador articula-se com os demais componentes da Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental) e, estando inserida no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, deve ser executada em conjunto com a Atenção Primária à Saúde, de acordo com as atribuições específicas das equipes:

ACS – Agente Comunitário de Saúde:

- a) Notificar a existência de trabalhadores em situação de risco, trabalho precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados pelo trabalho.
- b) Informar à família e ao trabalhador o dia e o local onde procurar assistência.
- c) Participar do planejamento e das atividades educativas em Saúde do Trabalhador.



Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

- a) Acompanhar, por meio de visita domiciliar, os trabalhadores que sofreram acidentes graves e/ou os portadores de doença relacionada ao trabalho que estejam ou não afastados do trabalho ou desempregados.
- b) Preencher e organizar arquivos das fichas de acompanhamento de Saúde do Trabalhador.
- c) Participar do planejamento e das atividades educativas em Saúde do Trabalhador.

Enfermeiro:

- a) Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador.
- b) Realizar entrevistas objetivando a identificação de possíveis agravos relacionados ao trabalho e suas causas.
- c) Notificar acidentes e doenças do trabalho, por meio de instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde.
- d) Planejar e participar de atividades educativas no campo da Saúde do Trabalhador.

Médico:

- a) Prover a assistência médica ao trabalhador com suspeita de agravo à saúde causado pelo trabalho, encaminhando-o a especialistas ou para a rede assistencial de referência (município / referência regional ou estadual), quando necessário.
- b) Realizar análise clínica (anamnese) para estabelecer a relação entre o trabalho e o agravo que está sendo investigado.



c) Participar da programação e das ações de assistência básica voltadas à vigilância em Saúde do Trabalhador.

d) Notificar acidentes e doenças do trabalho, mediante instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde.

#### **2.1.3.5. Atenção Básica**

Segundo a Portaria n.º 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, o município de Guarapari encontra-se habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica. Neste contexto, são evidenciadas três diretrizes de atenção à saúde, incluindo:

*Fortalecimento e estruturação das ações na Atenção Básica;*

*Humanização do atendimento aos Usuários do Sistema Único de Saúde e;*

*Capacitação dos Profissionais de Saúde.*

Atender à saúde da população com serviços de qualidade, resolutivos e humanizados constitui-se num dever do País a ser buscado em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo prioridade atual do Ministério da Saúde e também do Município de Guarapari. Investir na qualificação das ações de saúde reflete esta prioridade, vindo a ser um fator protetor da saúde, reduzindo os riscos e a morbimortalidade 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, assegurando 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.

Deste modo, a presente proposta é de inserir no compromisso da atual gestão o investimento, como também a ampliação de serviços na melhoria contínua da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde.

Ressaltam-se, 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 ordenadores 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 humanizada entre a equipe de saúde e Usuários; A oferta de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adstrita e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, sociais e psicológicos que causam as doenças e garantir a continuidade de atenção, através da equipe de saúde no que se refere aos problemas que requerem seguimento constante.

Em relação ao segundo, enfatiza-se a humanização do atendimento, promovendo-se maior acolhimento dos pacientes nos serviços de saúde e no relacionamento: usuário 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. 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 da Estratégia de Saúde da Família, assegurando-se atenção integral e qualificada, com investimentos nos vários níveis assistenciais.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos Usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção a Saúde.

Por isso é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade, da atenção, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade



existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (Portaria n 648/GM, BRASÍLIA, 2006).

**TABELA 15 – Quadro dos indicadores de Atenção Básica. Guarapari, 2012-2016.**

| INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA DE GUARAPARI – 2012-2016 |                   |                                     |  |                                      |  |  |  |                                 |  |  |
|--|-------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|--|---------------------------------|--|--|
| Ano  | Modelo de Atenção | Estimativa de População coberta (1) | Proporção (%) de cobertura populacional estimada (1) | Crianças < 1 ano c/ vacinação em dia | % Criança < 4 meses c/ aleitamento materno exclusivo (2) | % de cobertura de consulta de pré-natal(3) | Mortalidade por diarreia em criança < 4 anos | Criança < 1 ano com desnutrição | Hospitalização por pneumonia em criança < 5 anos | Hospitalização por desidratação em criança < de 5 anos |
| 2012   | PSF               | 83.950                              | 79,74  | 2.782                                | 45,8   | 100  | 8  | 6                               | 8  | -  |
|  | EACS              | 20.700                              | 19,66  | 4.233                                | 69,6   | -  | -  | -                               | 18   | 4  |
| 2013   | PSF               | 103.500                             | 95,98  | 5.421                                | 100,5  | 96,9                                       | 12   | 11                              | 28   | 2  |
|  | EACS              | 37.950                              | 35,19  | 2.248                                | 41,5   | -  | -  | 24                              | 9  | 3  |
| 2014   | PSF               | 105.800                             | 98,11  | 8.058                                | 159,5  | 98   | 7  | 23                              | 26   | 2  |
|  | EACS              | 65.550                              | 60,79  | 358                                  | 20,75  | -  | -  | 1                               | -  | 6  |
| 2015   | PSF               | 101.775                             | 94,38  | *3.167                               | *160,4   | 98,7                                       | 9  | 26                              | 12   | -  |
|  | EACS              | 65.550                              | 60,79  | -                                    | -  | -  | -  | -                               | -  | -  |
| 2016   | PSF               | 100.050                             | 92,78  | -                                    | -  | 99   | 5  | -                               | -  | -  |
|  | EACS              | 65.550                              | 60,79  | -                                    | -  | -  | -  | -                               | -  | -  |

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

\*Dados disponibilizados até maio de 2015.

(1) Estimativa da população no mês de maior cobertura.

(2) Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal

(3) Números de nascidos vivos segundo o número de consulta de pré natal/número total de nascido vivos de mulheres residente x100

As informações referentes aos anos de 2015 e 2016 ainda não foram consolidadas na fonte de pesquisa federal (MS/SAS/DAB e IBGE), sendo assim os dados disponibilizados na base de dados do MS estão disponíveis somente até o ano de 2014.



### **2.1.3.5.1. Estratégia de Saúde da Família**

A Estratégia de Saúde da Família está no primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica. A partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, de forma geral e contínua. O atendimento é prestado nas Unidades de Saúde da Família ou nos domicílios pelos profissionais integrantes das equipes (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e profissionais de odontologia).

De acordo com a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, Alínea III do Item “Especificidades da equipe de saúde da família, “cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000.” (BRASILIA, 2011). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Em 2016, quando da Pactuação Interfederativa de Indicadores para os anos de 2017-2021, relacionados às prioridades nacionais em saúde, a Comissão Intergestores Tripartite, através da Resolução n 8, de 24 de novembro de 2016, dispôs que para o cálculo da cobertura de ESF nos municípios: “é considerado para as ESF o parâmetro de 3.450” pessoas por equipe, o que pode ser confirmado através dos cálculos disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica.

**FIGURA 9 – Histórico de cobertura de ESF – Guarapari-ES, 2016.**

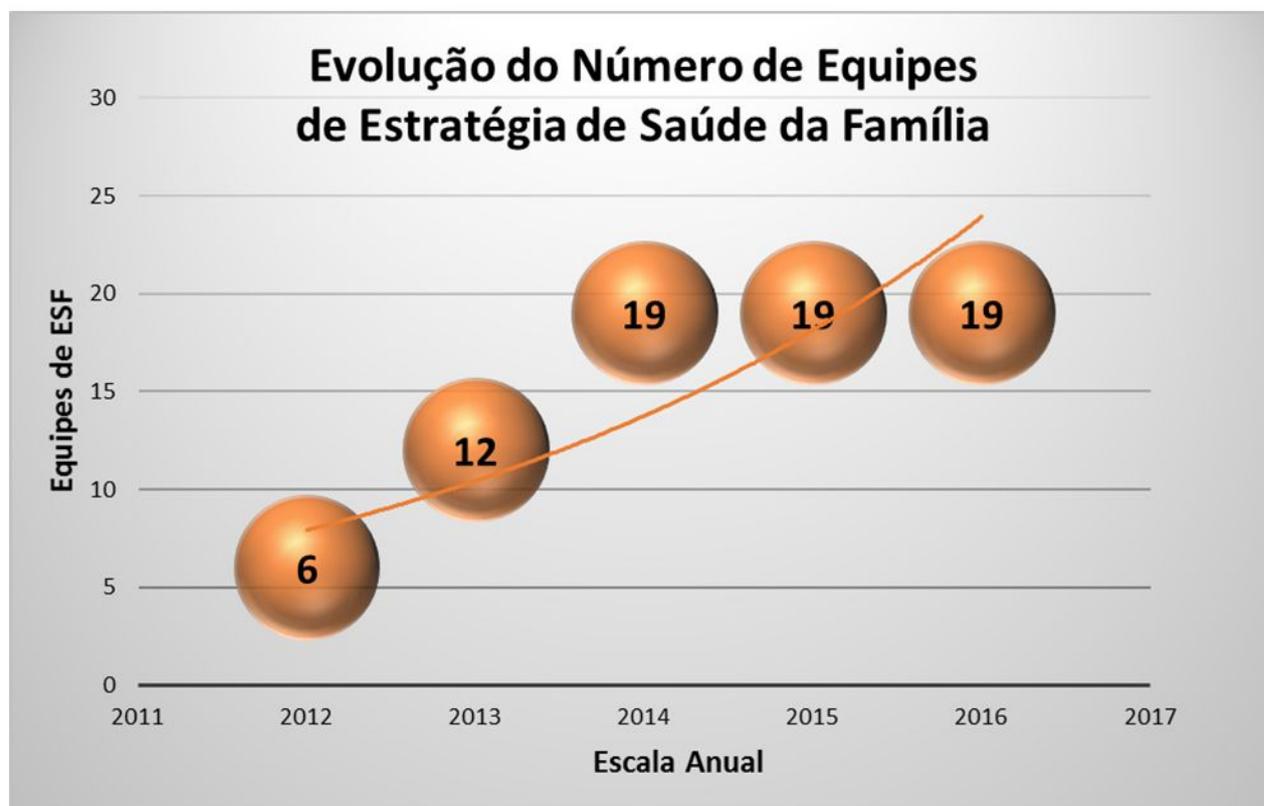
| MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB<br>Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal<br>Unidade Geográfica: Município - GUARAPARI/ES<br>Competência: Janeiro de 2016 a Dezembro de 2016 |     |           |                               |                                       |                        |             |                                 |  |                            |                                       |                        |             |                                 |  |
|---|-----|-----------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------|---------------------------------|--|----------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------|---------------------------------|--|
| Ano   | Mês | População | Agentes Comunitários de Saúde |                                       |                        |             |                                 |  | Equipe de Saúde da Família |                                       |                        |             |                                 |  |
|   |     |           | Teto                          | Credenciados pelo Ministério da Saúde | Cadastrados no Sistema | Implantados | Estimativa da População coberta | Proporção de cobertura populacional estimada | Teto                       | Credenciadas pelo Ministério da Saúde | Cadastradas no Sistema | Implantados | Estimativa da População coberta | Proporção de cobertura populacional estimada |
| 2016  | 01  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 174                    | 174         | 100.050                         | 92,78  | 54                         | 28                                    | 19                     | 19          | 65.550                          | 60,79  |
| 2016  | 02  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 174                    | 174         | 100.050                         | 92,78  | 54                         | 28                                    | 19                     | 19          | 65.550                          | 60,79  |
| 2016  | 03  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 170                    | 170         | 97.750                          | 90,65  | 54                         | 28                                    | 19                     | 19          | 65.550                          | 60,79  |
| 2016  | 04  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 170                    | 170         | 97.750                          | 90,65  | 54                         | 28                                    | 19                     | 19          | 65.550                          | 60,79  |
| 2016  | 05  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 160                    | 160         | 92.000                          | 85,31  | 54                         | 28                                    | 18                     | 18          | 62.100                          | 57,59  |
| 2016  | 06  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 160                    | 160         | 92.000                          | 85,31  | 54                         | 28                                    | 18                     | 18          | 62.100                          | 57,59  |
| 2016  | 07  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 159                    | 159         | 91.425                          | 84,78  | 54                         | 28                                    | 18                     | 18          | 62.100                          | 57,59  |
| 2016  | 08  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 159                    | 159         | 91.425                          | 84,78  | 54                         | 28                                    | 18                     | 18          | 62.100                          | 57,59  |
| 2016  | 09  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 157                    | 157         | 90.275                          | 83,72  | 54                         | 28                                    | 18                     | 18          | 62.100                          | 57,59  |
| 2016  | 10  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 168                    | 168         | 96.600                          | 89,58  | 54                         | 28                                    | 19                     | 19          | 65.550                          | 60,79  |
| 2016  | 11  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 167                    | 167         | 96.025                          | 89,05  | 54                         | 28                                    | 19                     | 19          | 65.550                          | 60,79  |
| 2016  | 12  | 107.836   | 270                           | 216                                   | 167                    | 167         | 96.025                          | 89,05  | 54                         | 28                                    | 19                     | 19          | 65.550                          | 60,79  |

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. Acesso em 19/05/2017

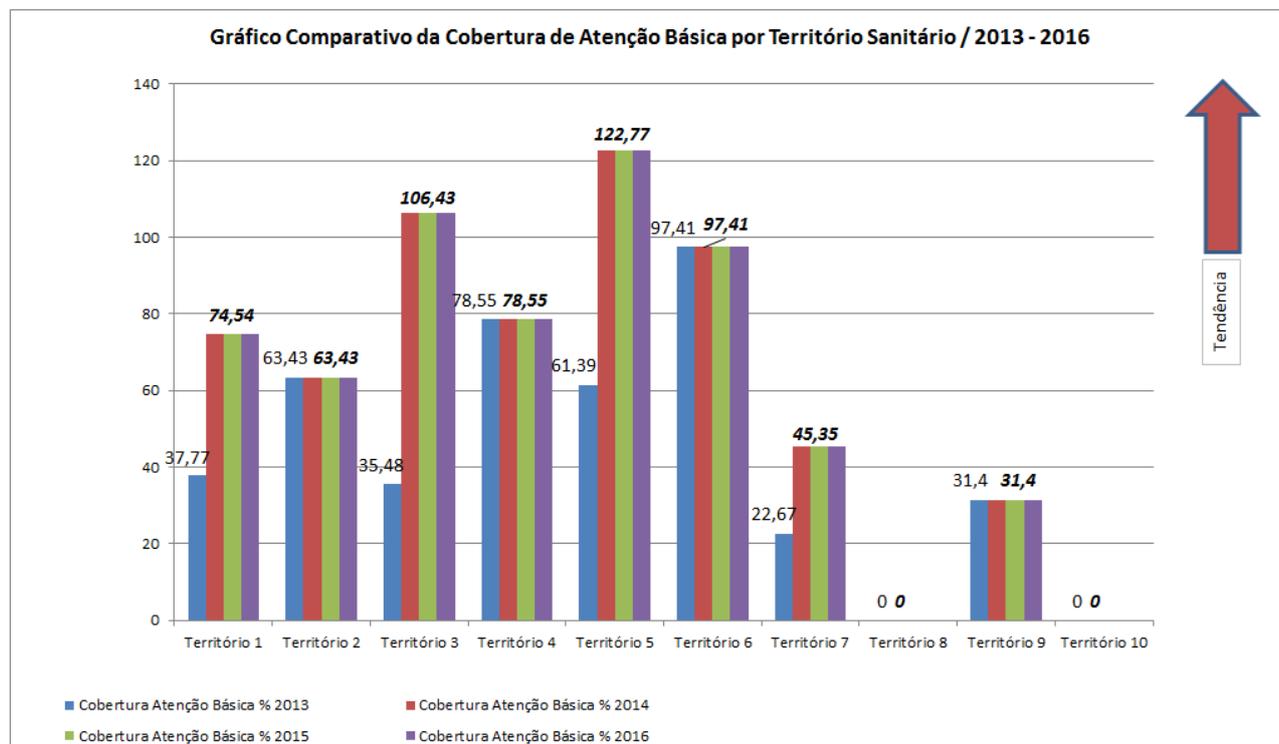
As equipes estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção. Além disso, tem como estratégia de trabalho: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário.

**GRÁFICO 17 – Evolução do número de equipes de Estratégia de Saúde da Família. GUARAPARI, 2016.**



Fonte: DAB/SAS/MS - [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)  
Acesso em 19/05/2017

No ano de 2004, o município de Guarapari implantou suas primeiras equipes de Saúde da Família, algumas situadas próximo a moradias, locais de trabalho e instituições de ensino, tendo como finalidade atender as necessidades de uma nova realidade, garantindo uma Atenção Básica qualitativa e humanizada.

**GRÁFICO 18 – Cobertura de Atenção Básica por território sanitário. GUARAPARI, 2013-2016**

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, Guarapari-ES.

TABELA 16 – Quadro resumido da evolução em saúde. Guarapari, 2012-2016.

| QUADRO RESUMIDO DA EVOLUÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GUARAPARI |        |        |        |        |         |                       |
|--|--------|--------|--------|--------|---------|-----------------------|
| ANO  | 2012   | 2013   | 2014   | 2015   | 2016    | Índice de Crescimento |
| COBERTURA POPULACIONAL   | 16%    | 38,39% | 60,79% | 60,79% | 60,79%  | 280%                  |
| N . DE AGENTES ESF   | 59     | 135    | 177    | 176    | 167     | 183%                  |
| CONSULTAS MÉDICAS NAS ESF                                      | 13.137 | 25.133 | 31.138 | 34.991 | 41.904  | 220%                  |
| PROCEDIMENTOS REALIZADOS                                       | 38.080 | 43.429 | 65.092 | 89.130 | 151.261 | 298%                  |

Fontes: DAB/MS (Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde)  
SIGSS – Última atualização: 19/12/2016

A partir de 2015, o Sistema SIGSS utilizado pelo Município passou a disponibilizar informações referentes a usuários cadastrados, uma vez que o Sistema SIAB foi



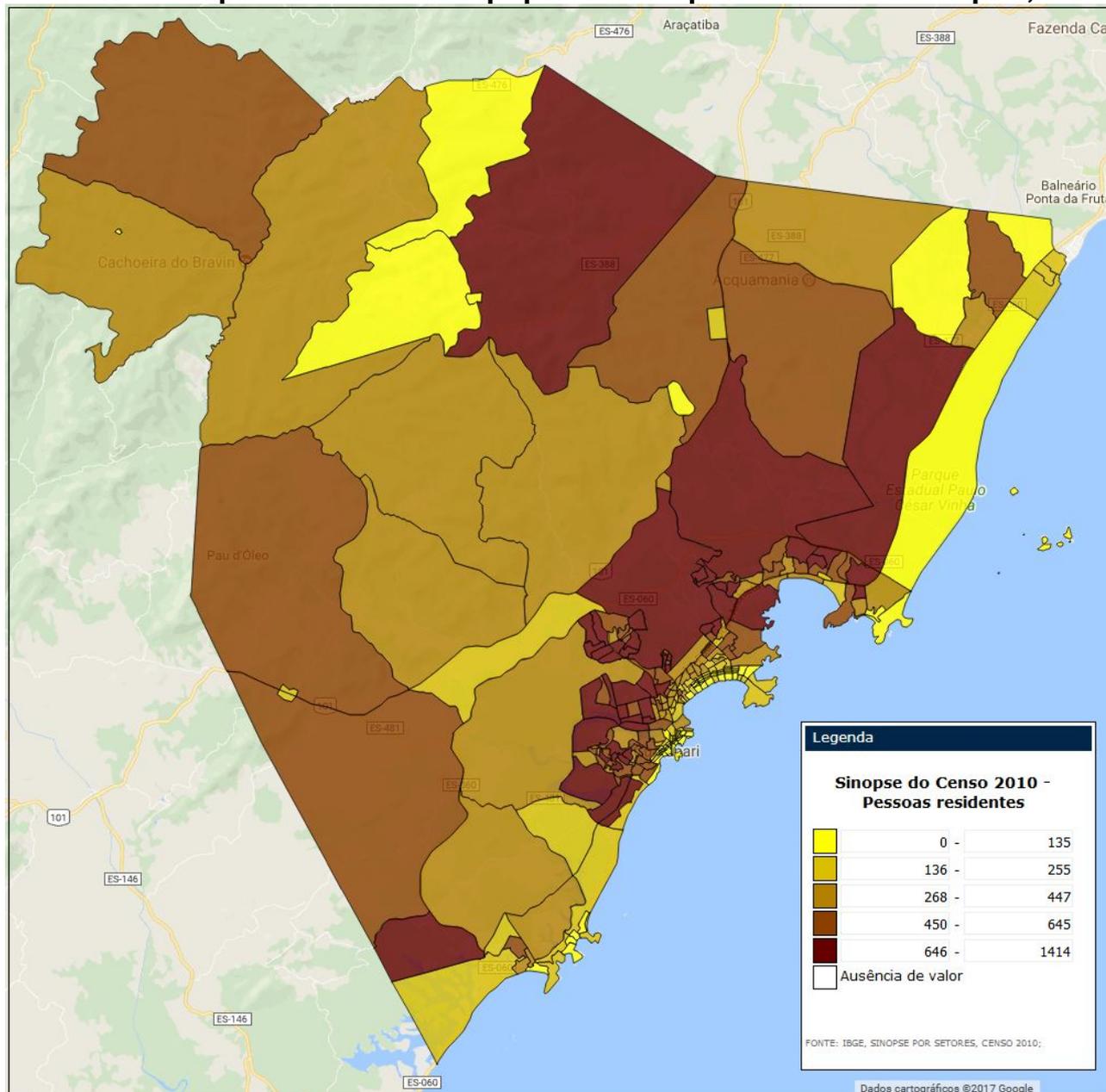
substituído pelo E-SUS do Ministério da Saúde o qual não emite relatórios com os dados acerca das famílias cadastradas.

#### **2.1.3.5.2. Territórios Sanitários**

O Território Sanitário, ou Distrito, compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais definidas e suas necessidades, bem como os recursos de saúde para atendê-la.

No processo de definição do chamado território-distrito foram consideradas para a sua composição as relações de fluxos existentes entre os bairros (ou comunidades) e as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde. Deste modo, foram definidos 10 territórios sanitários, os quais englobam os estabelecimentos de atenção à saúde e suas respectivas comunidades adscritas.

**MAPA 5 – Mapa de densidade populacional por setores. Guarapari, 2017**



Fonte: IBGE <<https://ww2.ibge.gov.br/censo2010/apps/sinopseporsetores/?nivel=st>>;  
Acesso em 16/10/2017.

A inexistência de uma demarcação dos bairros de Guarapari pelos órgãos oficiais levou a Secretaria Municipal de Saúde a buscar nos levantamentos censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) as informações relativas à população de cada território sanitário. Tornou-se importante a definição do número de residentes a partir dos setores censitários daquele Instituto os quais podem ser acessados no endereço

---

eletrônico “<https://ww2.ibge.gov.br/censo2010/apps/sinopseporsetores/>” onde se verifica o quantitativo de moradores residentes à época do Censo realizado em 2010.

Observa-se no mapa de densidade populacional por setores a grande concentração de pessoas residindo nos bairros periféricos, com destaque para os setores incluídos nos bairros: Muquiçaba, Bela Vista, São Gabriel, Adalberto Simão Nader, Itapebussu, Santa Margarida e Kubistcheck, entre 646 e 1.414 pessoas por setor. Já os bairros próximos ao litoral, tais como Praia do Morro, Centro, Praia do Riacho, Meaípe e várias localidades da Zona Rural apresentaram densidade populacional entre 0 e 447 habitantes por setor.

Para fins de atualização do número de habitantes por território sanitário, utilizou-se os índices de crescimento populacional verificados ao longo dos últimos de acordo com as estimativas anuais de população dos municípios brasileiros utilizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para cálculo das cotas do Fundo de Participação dos Estados e Municípios.

Esclarece ainda o IBGE, que estas estimativas atendem a dispositivos legais, conforme consta na Nota Metodológica das Estimativas de 2015:

“A partir de 1992, o IBGE passa a publicar no Diário Oficial da União (DOU) as estimativas das populações dos municípios e estados, em cumprimento ao artigo 102 da Lei n. 8.443, de 16 de julho de 1992, para os fins previstos no inciso VI do artigo 1.º da Lei n. 8.443. Em 2013 foi publicada a Lei complementar n. 143, de 17 de julho de 2013, que altera o artigo 102 da lei n. 8443, estabelecendo que entidade competente do poder executivo federal fará publicar no Diário Oficial da União, até o dia 31 de agosto de cada ano, a relação das populações dos municípios, e até 31 de dezembro, a relação das populações dos Estados e do Distrito Federal.”  
BRASÍLIA, 2015.

Em 2012, a estimativa apontava para uma população total de 107.836 habitantes e, em 2016 o IBGE registrou o total de 121.506 habitantes, demonstrando desta forma, o índice de 12,677% de crescimento populacional ao longo dos quatro anos.

### **Território Sanitário I**

Abrangência – Santa Margarida, São João, Coroado, Concha D'Ostra, Prainha de Olaria.

População estimada: 8.757 habitantes.

### **Território Sanitário II**

Abrangência – Bela Vista, Nossa Senhora da Conceição, Nossa Senhora de Fátima, São Gabriel, São José, Adalberto Simão Nader, Tartaruga, Lagoa Funda, Maxinda e Jardim Guarapari.

População estimada: 18.591 habitantes.

### **Território Sanitário III**

Abrangência – Una, Setiba, Elza Nader, Paturá, Santa Mônica, Pontal de Santa Mônica, Village do Sol, Ilha do Sol, Recanto da Sereia, Lagoa Dourada e Lagoa Vermelha.

População estimada: 14.149 habitantes.

### **Território Sanitário IV**

Abrangência – Portal Clube, Jardim Europa, Palmeiras, Jardim Santa Rosa, Jabaraí, Fazenda do Campo, Perocão, Andano, Jabuticaba, Lage das Pedras.

População estimada: 13.196 habitantes.

### **Território Sanitário V**

Abrangência – Kubitschek, Praia do Riacho, Lameirão, Ipiranga, Alto Lameirão.

População estimada: 8.713 habitantes.

### **Território Sanitário VI**

Abrangência – Itapebussu, Vila Samarco, Camurugi, Sol Nascente.

População estimada: 12.180 habitantes.

### **Território Sanitário VII**

Abrangência – Rio Claro, Jacarandá, Iguape, Barro Branco, Amarelos, Baía Nova, Rio Calçado, Santana, Buenos Aires, Samambaia, Fazenda Roncetti, Reta Grande, Várzea Nova, Cachoeirinha, Todos os Santos, São Miguel, Acapulco, Alto Baía Nova, Alto Todos os Santos, Alto Iguape, Alto São Miguel, Amarelinho, Barra do Limão, Cabeça Quebrada, Itaúna, Jaboti, Neves, Pau D'óleo, Pernambuco, Rio da Prata, Rio Grande, Santa Luzia, São João do Jaboti, Arraial de Jaboti, Banqueta, Vargem Fria, Rio Clarinho e Mucambo.

População estimada: 7.167 habitantes.

### **Território Sanitário VIII**

Abrangência – Centro, Parque Areia Preta, São Judas Tadeu e Olaria.

População estimada: 8.979 habitantes.

### **Território Sanitário IX**

Abrangência – Muquiçaba, Aeroporto, Praia do Morro, Jacunen, Acampamento Adventista, Aldeia da Praia e Jardim Boa Vista.

População estimada: 24.483 habitantes.

### **Território Sanitário X**

Abrangência – Meaípe, Balneário de Meaípe, Porto Grande, Condados, Nova Guarapari, Aldeia Velha, Enseada Azul, Taquara do Reino, Morro Alto, Residencial Beira Mar e Belo Horizonte.

População estimada: 5.290 habitantes.





### 2.1.3.6. Estabelecimentos de Saúde

A Secretaria Municipal da Saúde tem realizado amplo movimento de investimento e melhoria na oferta e qualidade dos serviços de saúde alcançando todos os 10 Territórios Sanitários do Município, o que pode ser observado em ações como construção, reforma e ampliação de Unidades Saúde da Família e Centros de Saúde. Tendo como ponto de partida a Diretriz 1 do Plano Municipal de Saúde de 2014/2017, o Município iniciou o grande projeto de reestruturação das Unidades de Saúde existentes, construindo, reformando e ampliando 08 Unidades de Saúde, cobrindo 06 (seis) Territórios Sanitários.

O município aderiu ao Programa Mais Médicos Para o Brasil e ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, ambos desenvolvidos pelo Governo Federal, possibilitando assim a inserção de 16 (dezesseis) profissionais médicos nas Unidades Básicas de Saúde definidas pelo Ministério da Saúde como prioritárias para o desenvolvimento destes Programas. O Município ampliou o quadro funcional e a composição das equipes de cada território saltando de um índice de 16,18% em 2012 para 60,79% de cobertura de Equipe de Saúde da Família até 2016.

A rede ambulatorial do município é composta principalmente por Unidades Básicas de Saúde, 60%. A Prefeitura, através da Secretaria Municipal de Saúde, tem mantido 37 (trinta e sete) Estabelecimentos, assim distribuídos: *14 Unidades de Saúde da Família; 8 Unidades Básicas, 10 Centros de Referência, 1 UPA-24h*, além destes, a SEMSA dispõe de *3 Unidades de Vigilância em Saúde e 1 Central de Regulação Municipal*, cujo objetivo é assegurar a execução das ações relativas à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Nos quadros a seguir, demonstramos os quantitativos dos estabelecimentos de saúde e os programas que foram implementados e implantados até o ano de 2016.

**TABELA 17 – Quadro dos estabelecimentos de saúde por bairro. Guarapari, 2016.**

| ESTABELECIDAMENTOS DE SAÚDE – SEMSA – GUARAPARI, 2016 |   |                    |
|---|---|--------------------|
| CNES  | Nome Fantasia   | Bairro             |
| UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA                          |   |                    |
| 2466368   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MARIA LUCIA C LORA        | JABARAI            |
| 3467635   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE CAMURUGI               | CAMURUGI           |
| 2466392   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA RALPH DALFIOR GONCALVES   | RIO CLARO          |
| 2466430   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MARIO SERGIO C PEREIRA    | KUBISTCHEK         |
| 2490315   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE IPIRANGA               | PARQUE AREIA PRETA |
| 2630044   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA LUIZ BUBACK               | RIO GRANDE         |
| 2466449   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MANOEL PAIXAO             | SETIBA             |
| 2490323   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PEDRO MACHADO             | BELA VISTA         |
| 2466384   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA NORMILIA CUNHA            | PEROÇAO            |
| 2466333   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PROFª TEREZINHA SANTOS    | INDEPENDÊNCIA      |
| 7065329   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ARNALDO MAGALHAES         | MUQUIÇABA          |
| 7512716   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAPEBUSSU             | ITAPEBUSSU         |
| 3467619   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE SANTA MONICA           | SANTA MONICA       |
| 2466465   | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA JADER AVELAR BOCHI        | ADALBERTO S. NADER |
| UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE                             |   |                    |
| 6355471   | UNIDADE BASICA DE SAUDE DE RECANTO DA SEREIA          | PRAIA DO SOL       |
| 2466287   | UNIDADE BASICA DE SAUDE THEREZA LOYOLA DE JESUS       | MEAIPE             |
| 2630052   | UNIDADE BASICA DE SAUDE DE AMARELOS                   | AMARELOS           |
| 3011321   | UNIDADE BASICA DE SAUDE BOAVENTURA D ALMEIDA          | SÃO MIGUEL         |
| 3467651   | UNIDADE BASICA DE SAUDE DE BARRO BRANCO               | BARRO BRANCO       |
| 2466414   | UNIDADE BASICA DE SAUDE MARIA MADALENA A. GOBBI       | TODOS OS SANTOS    |
| 7015445   | UNIDADE BASICA DE SAUDE DE VILAGE DO SOL              | PRAIA DO SOL       |
| 6941893   | UNIDADE BASICA DE SAUDE DE PARAISO                    | SAMAMBAIA          |
| CENTROS DE REFERÊNCIA                                 |   |                    |
| 3467678   | CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL DE GUARAPARI CAPS II   | SANTA MONICA       |
| 5506514   | CENTRO DE ATENCAO A SAUDE DA MULHER                   | MUQUIÇABA          |
| 2466457   | CENTRO DE ATENCAO A SAUDE DA CRIANCA E DO ADOLESCENTE | MUQUIÇABA          |
| 5078636   | CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO CTA               | PARQUE AREIA PRETA |
| 2466325   | CENTRO DE SAUDE DR ARNALDO MAGALHAES NETO             | MUQUIÇABA          |
| 2466295   | CENTRO DE SAUDE DR ROBERTO CALMON                     | CENTRO             |
| 7512686   | CENTRO MUNICIPAL DE SAUDE                             | ITAPEBUSSU         |
| 2494469   | CENTRO ODONTOLOGICO MUNICIPAL                         | MUQUIÇABA          |
| 7423764   | UNIDADE DE ASSISTENCIA SOCIAL DE GUARAPARI            | MUQUIÇABA          |
| 6153836   | PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO TABAGISMO           | MUQUIÇABA          |
| UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO                         |   |                    |
| 2466422   | UPA II DR JOAO BATISTA DE ALMEIDA NETO                | IPIRANGA           |



| UNIDADES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE |   |              |
|---------------------------------|---|--------------|
| 5460328                         | CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE               | SANTA MONICA |
| 2466341                         | UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA      | MUQUIÇABA    |
| 2466473                         | UNIDADE DE VIGILANCIA SANITARIA GUARAPARI | MUQUIÇABA    |
| CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ACESSO  |   |              |
| 5078571                         | CENTRAL DE REGULACAO MUNICIPAL            | MUQUIÇABA    |

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES 09/2016

Obs.: Alguns programas e/ou serviços mantidos pela Prefeitura Municipal de Guarapari funcionam no mesmo estabelecimento, não se constituindo desta forma Unidades de Saúde independentes.

### **Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)**

O Serviço de Assistência a Hipertensos e Diabéticos, de acordo com a Portaria MS N. 371 de 04.03.2002, preconiza os seguintes objetivos:

Cadastramento dos pacientes e manutenção do Cadastro Nacional atualizado; garantia de acesso ao tratamento clínico aos portadores destas doenças na rede básica de saúde; participação nos processos de capacitação dos profissionais da rede básica para acompanhamento clínico destas doenças; implantação de outras ações de promoção de hábitos e estilos de vidas saudáveis voltados para a melhoria do controle clínico destas doenças; guarda, gerenciamento e dispensação dos medicamentos recebidos e vinculados ao programa.

A partir da publicação da Portaria ministerial foi criado o Sistema “Hiperdia” com o objetivo de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Esse sistema permitia acompanhar e monitorar de forma contínua a qualidade clínica da população assistida, com o intuito de melhorar o atendimento e promover um melhor suporte aos pacientes, planejar ações de promoção



de saúde e facilitar a distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Entretanto, devido à grande demanda de questionamentos feitos às equipes do Ministério da Saúde acerca da continuidade do sistema Hiperdia (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica), o DATASUS publicou Nota Explicativa no site do Sistema informando que o SisHiperdia “foi descontinuado a pedido da área gestora (DAB) devendo ser trocado pelo sistema e-SUS AB.” (Fonte: <http://hiperdia.datasus.gov.br/> - Acesso em 26/05/2017).

O programa idealizado pelo Ministério da Saúde sugere a realização de grupos, a fim de facilitar a adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na rede pública de serviços de saúde. No município de Guarapari este Serviço funciona a partir do cadastro dos pacientes no programa e passam a ser acompanhados pela equipe, a qual realiza desde a abordagem clínica tradicional a palestras educativas com profissionais de diferentes formações. As ações do hiperdia também devem ter entre suas finalidades a mudança de hábitos alimentares, campanhas de combate ao alcoolismo e tabagismo e o incentivo à prática regular de exercícios físicos, com encaminhamento às atividades físicas mais indicadas para esse grupo.

Equipe: Nas unidades de saúde com equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares em enfermagem, agentes comunitários de saúde e apoio administrativo, tendo como referência o Centro Municipal de Saúde.

#### **2.1.3.7. Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA**

Conceito: É o serviço de assistência à saúde que oferece o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis, de forma gratuita, atendendo sua demanda social, tanto



espontânea quanto provocada. Nesse serviço é possível realizar testes gratuitos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C.

A confidencialidade e o aconselhamento são as marcas distintas desse serviço de prevenção das DST/AIDS e do uso indevido de drogas, tendo suas ações dirigidas e adequadas às necessidades da população. Além de servirem como referência para a oferta de informações sobre prevenção, realiza parceria com outras instituições governamentais e não governamentais locais, atividades extramuros, procurando atingir grupos populacionais mais vulneráveis às infecções pelo HIV ou comunidade de difícil acesso.

#### Objetivos:

Promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, Hepatites B e C e Sífilis e à prevenção dessas e demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais.

Incentivar à testagem, aconselhamento pré e pós-teste, fazer palestras educativas além de desenvolver projetos de prevenção com grupos específicos.

Disponibilizar insumos de prevenção, tais como: camisinhas masculinas e femininas e gel lubrificante para profissionais do sexo.

Funcionamento: Ambos os serviços funcionam em conjunto (CTA/SAE) em um mesmo local, promovendo ações de combate e prevenção as DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais junto à secretaria nas UBS e ESF quando solicitado, e nas principais ações nacionais nos meses de abril, agosto e novembro, onde há mobilização de coletas em todas as unidades. O Serviço realiza também palestras em empresas, entidades religiosas, Centro de Detenção Provisória (CDP), disponibiliza e distribui preservativos para todas as Unidades do Município.



Equipe: Equipe Multidisciplinar composta de Enfermeiro, Psicólogo, Farmacêutico, Médico, Assistente Social, Técnicos e Auxiliares em Enfermagem e Apoio Administrativo.

#### 2.1.3.8. Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS – SAE

Conceito: É o serviço especializado de assistência em HIV/AIDS que se destina ao tratamento e acompanhamento da assistência às pessoas com DST e soro positivas.

Objetivo: Fornecer tratamento especializado aos pacientes com DST/AIDS, prestar assistência farmacêutica e psicossocial aos pacientes e seus familiares.

#### 2.1.3.9. Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada

Há no Município dois hospitais que prestam serviços à população, dentre os quais apenas um realiza procedimentos de atenção ao SUS, o Hospital Francisco de Assis e uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal – UPA-24h.

**TABELA 18 – Quadro do número de leitos por prestador. Guarapari, 2016.**

| QUADRO DE LEITOS POR TIPO DE PRESTADOR NO MUNICÍPIO DE GUARAPARI |                   |              |
|--|-------------------|--------------|
| INSTITUIÇÃO  | TIPO DE PRESTADOR | Nº DE LEITOS |
| Hospital e Maternidade São Pedro (*)                             | Particular        | 20           |
| Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h                          | Público           | 16           |
| Hospital Francisco de Assis - HFA                                | Público           | 53           |
| TOTAL  |                   | 89           |

Fonte: CNES/DATASUS.

(\*) Hospital São Pedro não possui cadastro junto ao CNES.

Número de leitos conforme dados atualizados do CNES.

#### GRÁFICO 19 – Distribuição de leitos por especialidade. Guarapari, 2016.



Fonte: CNES/DATASUS



| NÚMERO DE HOSPITAIS E LEITOS POR NATUREZA DO PRESTADOR SEGUNDO ESPECIALIDADE – GUARAPARI - 2016 |           |         |                |                        |                      |               |                   |                     |                          |                        |           |            |
|---|-----------|---------|----------------|------------------------|----------------------|---------------|-------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|
| Natureza  | Hospitais | Leitos* |                |                        |                      |               |                   |                     |                          |                        |           | UTI adulto |
|   |           | Total   | Cirurgia Geral | Obstétricos Cirúrgicos | Obstétricos Clínicos | Clínica Geral | Pediatria Clínica | Pediatria Cirúrgica | UTI Pediátrica – Tipo II | UTI Neonatal – Tipo II | Hosp./dia |            |
| 1- Públicos   | -         | -       | -              | -                      | -                    | -             | -                 | -                   | -                        | -                      | -         | -          |
| - Federal   | -         | -       | -              | -                      | -                    | -             | -                 | -                   | -                        | -                      | -         | -          |
| - Estadual  | -         | -       | -              | -                      | -                    | -             | -                 | -                   | -                        | -                      | -         | -          |
| - Municipal   | -         | -       | -              | -                      | -                    | -             | -                 | -                   | -                        | -                      | -         | -          |
| 2- Privados   | -         | -       | -              | -                      | -                    | -             | -                 | -                   | -                        | -                      | -         | -          |
| - Privados  | -         | -       | -              | -                      | -                    | -             | -                 | -                   | -                        | -                      | -         | -          |
| - Filantrópicos   | 1         | 53      | 3              | 12                     | 5                    | 5             | 10                | 08                  | 03                       | 07                     | -         | -          |
| - Sindicato   | -         | -       | -              | -                      | -                    | -             | -                 | -                   | -                        | -                      | -         | -          |
| 3- Ensino/ Pesquisa   | -         | -       | -              | -                      | -                    | -             | -                 | -                   | -                        | -                      | -         | -          |
| - Públicos  | -         | -       | -              | -                      | -                    | -             | -                 | -                   | -                        | -                      | -         | -          |
| - Privados  | -         | -       | -              | -                      | -                    | -             | -                 | -                   | -                        | -                      | -         | -          |
| Total   | 1         | 53      | 3              | 12                     | 5                    | 5             | 10                | 08                  | 03                       | 07                     | -         | -          |
| Leitos por 1.000 habitantes:  |           |         |                |                        |                      |               |                   |                     |                          |                        |           | 0,05       |

Fonte: CNES/SUS

**TABELA 19 – Quadro do número de leitos por prestador, segundo especialidade. Guarapari, 2016.**



## **Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H**

Em 2010, foi inaugurada a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h Dr. João Batista de Almeida Netto, na Rua Cachoeiro de Itapemirim, s/n , Bairro Ipiranga. A Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h é uma estrutura de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de Urgência Hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. De acordo com a Portaria n 1.601, de 07 de julho de 2011, as UPA's 24h têm as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

I - Funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

II - Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA-24h;

III - Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

IV - Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário;

V - Articular-se com unidades básicas de saúde/saúde da família, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência



e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;

VI - Possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte;

VII - Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

VIII - Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica;

IX - Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

X - Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

XI - Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

XII - Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 horas;

XIII - Manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

XIV - Encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, conforme antes mencionado, por meio das centrais reguladoras;

XV - Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;



XVI - Contra-referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

XVII - Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e

XVIII - Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

A UPA é classificada como Porte II, de acordo com a população do Município sede, a capacidade instalada (área física), número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos.

**TABELA 20 – Atendimentos realizados pela UPA 24h. Guarapari, 2013-2016.**

| Atendimentos Realizados na UPA-24 de Guarapari – 2013-2016 |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|
| PROCEDIMENTOS  | 2013   | 2014   | 2015   | 2016   |
| Número de Atendimentos                                     | 29.512 | 68.228 | 72.692 | 69.827 |
| Administração de medicação                                 | 56.338 | 84.273 | 60.254 | 62.728 |
| Atendimento com Remoção                                    | 4.312  | 2.967  | 3.004  | 3.032  |
| Curativos Grau I e II                                      | 1.111  | 1.724  | 898    | 1.355  |
| Coleta de Exame Laboratorial                               | *      | 2.791  | 46.106 | 59.847 |
| Pacientes que realizaram Eletrocardiograma                 | 463    | 765    | 969    | 1.040  |
| Pacientes que realizaram glicemia capilar                  | 2.139  | 7.261  | 8.880  | 7.597  |
| Pacientes que fizeram Oxigenoterapia                       | 176    | 221    | 192    | 116    |
| Raios-X  | 6.088  | 10.393 | 9.085  | 10.370 |

\*Sem dados no sistema.

Fonte: SIGSS

**TABELA 21 – Bairros com maior número de atendimentos na UPA-24h. Guarapari, 2013-2016.**

| BAIRROS COM O MAIOR NÚMERO DE ATENDIMENTOS NA UPA 24h DE GUARAPARI – 2013-2016 |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Bairros  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  |
| IPIRANGA   | 1.760 | 3.950 | 4.341 | 4.056 |
| PRAIA DO MORRO   | 2.235 | 4.678 | 3.295 | 3.208 |
| MUQUIÇABA  | 1.568 | 3.357 | 3.733 | 3.592 |
| SANTA MONICA   | 1.465 | 3.040 | 3.050 | 3.185 |
| SÃO GABRIEL  | 1.240 | 3.053 | 3.427 | 2.718 |
| ITAPEBUSSÚ   | 1.258 | 2.994 | 3.124 | 2.778 |
| BELA VISTA   | 1.297 | 2.792 | 3.049 | 2.547 |
| ADALBERTO SIMÃO NADER  | 1.112 | 2.344 | 2.513 | 2.200 |
| JABARAÍ  | 981   | 2.088 | 2.235 | 2.049 |
| KUBISTCHEK   | 1.137 | 2.366 | 3.039 | -     |
| CENTRO   | -     | -     | -     | 2.320 |

Fonte: SIGSS/2017.

A UPA realiza os encaminhamentos por intermédio da Guia de Referência e Contra-referência, para os municípios de Vitória, (HINSG, Hospital São Lucas, Hospital Santa Casa de Misericórdia), Vila Velha (Hospital Bezerra de Farias, HIMABA e Hospital Evangélico) e Serra (Hospital Dório Silva), de acordo com a necessidade clínica do paciente e de uma rede de referenciamento pré-estabelecida através dos serviços oferecidos em cada hospital de referência.

Quadro de Funcionários: 1 Farmacêutico, 20 Enfermeiros, 8 Médicos Clínicos, 32 Técnicos de Enfermagem, 5 Auxiliares de Enfermagem, 2 Técnicos de Imobilização Ortopédica, 13 Técnicos em Radiologia, 1 Assistente Social, 1 Coordenador Administrativo, 2 Assistentes Administrativos, 8 Recepcionistas de Consultório, 13 Auxiliares de Serviços de Limpeza, 2 Vigias, 11 Motoristas, 1 Diretor Técnico, 1 Diretor Geral, 1 Supervisor de Enfermagem.

**TABELA 22 – Quadro de profissionais por plantão na UPA-24h. Guarapari, 2017.**

| Quadro de Profissionais por Plantão |        |         |
|-------------------------------------|--------|---------|
| CATEGORIA PROFISSIONAL              | DIURNO | NOTURNO |
| MEDICOS                             | 4      | 3       |
| ENFERMEIROS                         | 5      | 4       |
| TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM | 9      | 6       |
| TÉCNICO EM RADIOLOGIA               | 2      | 2       |
| MAQUEIRO                            | 1      | 1       |
| AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS       | 2      | 2       |
| RECEPCIONISTAS                      | 2      | 2       |
| ASSISTENTE SOCIAL                   | 1*     | -       |
| MOTORISTAS DE AMBULÂNCIA            | 2      | 2       |
| TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA  | 1*     | -       |
| FARMACÊUTICO                        | 1*     | -       |
| ASSISTENTE ADMINISTRATIVO           | 2*     | -       |
| LAVANDERIA                          | 1      | -       |

(\*) Horário Administrativo de 8h às 17h.

Fonte: Diretoria Administrativa da UPA-24h/2017.

### Hospital Francisco de Assis

Em 2014, através de uma parceria com o Estado, foi inaugurado o Hospital Francisco de Assis, que está localizado à Rua Josias Cerutti, s/n, Praia do Morro. O hospital, de natureza filantrópica, conta com serviços de Urgência e Emergência, Maternidade, UTI Pediátrica e Neonatal, é inserido na Rede Cegonha. Possui em sua totalidade 53 leitos, e 155 funcionários.

**TABELA 23 – Quadro de detalhamento da programação de leitos do Hospital Francisco de Assis. Guarapari, 2016.**

| QUADRO DE DETALHAMENTO DA PROGRAMAÇÃO DE LEITOS – HFA – GUARAPARI |                                     |             |        |
|---|-------------------------------------|-------------|--------|
| TIPO  | Regulados pela Central de Regulação | Auto Gestão | Total  |
|   | Leitos                              | Leitos      | Leitos |
| Obstetrícia   | -                                   | 20          | 20     |
| Obstetrícia Clínica   | -                                   | 5           | 5      |



|                     |   |    |    |
|---------------------|---|----|----|
| Clínica Pediátrica  | - | 10 | 10 |
| Pediatria Cirúrgica | - | 8  | 8  |
| UTIN                | 3 | 4  | 7  |
| UTIP                | 1 | 2  | 3  |
| Total               | 4 | 41 | 53 |

Fonte: Gerência Administrativa HFA, 2017.

**TABELA 24 – Serviços de média complexidade ambulatorial – HFA. Guarapari, 2016.**

| MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL – HFA – GUARAPARI |    |   |     |                    |
|---|----|---|-----|--------------------|
| Grupo   |    | Subgrupo                                      |     | AMBULATORIAL / MÊS |
|   |    |   |     | Quant.             |
| Procedimentos Clínicos                            | 1  | Consultas Médicas/Outros Prof. Nível Superior | 130 |                    |
|   | 6  | Consulta /Atendimento as Urgências (em geral) | 880 |                    |
|   | 10 | Atendimento de enfermagem                     | 222 |                    |
| TOTAL   |    |   |     | 1232               |

Fonte: Gerência Administrativa HFA, 2017.

**TABELA 25 – Serviços de média complexidade hospitalar – HFA. Guarapari, 2016.**

| MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR – HFA – GUARAPARI |                   |             |                        |             |                |             |
|---|-------------------|-------------|------------------------|-------------|----------------|-------------|
| TIPO  | Regulados pela CR |             | Auto Gestão Autorizada |             | Quantidade Mês |             |
|   | Leitos            | Internações | Leitos                 | Internações | Leitos         | Internações |
| Obstetrícia                                     | -                 | -           | 25                     | 110         | 25             | 110         |
| Clínica   | -                 | -           | 10                     | 96          | 10             | 96          |
| Cirúrgico (a)                                   | -                 | -           | 08                     | 65          | 08             | 65          |
| UTIN  | 05                | 9           | 02                     | 4           | 07             | 13          |
| UTIP  | 02                | 3           | 01                     | 2           | 03             | 5           |
| TOTAL   | 07                | 12          | 46                     | 277         | 53             | 289         |

Fonte: Gerência Administrativa HFA.

Leitos de Obstetrícia: Não são regulados pois o hospital é referência para Maternidade de Risco Habitual e o parto é considerado uma internação de urgência.

**TABELA 26 – Movimento ambulatorial e hospitalar do HFA. Guarapari, 2015-2016.**



| MOVIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR – HFA – GUARAPARI |       |       |
|---|-------|-------|
| PROCEDIMENTOS   | 2015  | 2016  |
| Atendimento ambulatório pediátrico                    | 36021 | 40533 |
| Atendimento Ambulatório Obstétrico                    | 8017  | 8335  |
| Coleta de exames laboratoriais                        | 32897 | 34453 |
| Nº de partos Normais                                  | 792   | 744   |
| Nº de cesarianas                                      | 516   | 505   |
| Taxa de ocupação de leitos da UTIN                    | 70%   | 85%   |
| Nº de transferências em geral                         | 528   | 824   |

Fonte: Gerência Administrativa HFA.

### Central de Regulação Municipal - CRM

A Central de Regulação Municipal (CRM) instituída a partir da implantação do Protocolo de Regulação e Acesso com aprovação do Conselho Municipal de Saúde através da Resolução n 009/2012 em setembro de 2012 iniciou suas atividades em 15 de outubro de 2012.

A CRM tem como objetivo regular e agendar consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados de média/alta complexidade e de caráter eletivo, com abrangência, em sua maior parte, no Município de Guarapari e Grande Vitória. Esta regulação se faz tanto em consonância com a Secretaria Estadual de Saúde através do Complexo Regulador Estadual (CRE) e da Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde bem como através do Consórcio Intermunicipal CIM-ExpandidaSul.

Em 17 de setembro de 2013 foi implantado o Sistema de Regulação - SISREG III uma ferramenta do DATASUS com o módulo de regulação ambulatorial para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados de média/alta complexidade e de caráter eletivo, que funciona via web, das 6h às 18h. A CRM conta com uma equipe



composta de um Médico Regulador, um Subgerente de Controle na função de coordenador, três Assistentes Administrativos e um Atendente.

A Secretaria de Estado da Saúde implantou em maio de 2017 um portal de filas para facilitar o acesso do cidadão aos serviços de saúde ofertados pelo SISREG. Nesse portal a população pode acompanhar o andamento de sua solicitação e em qual posição se encontra na fila de espera de consultas e exames regulados. Inicialmente o acesso ao portal é feito apenas nas Unidades de Saúde que possuem Internet, porém a previsão é que cada cidadão tenha login e senha para acessá-lo de suas próprias casas.

A Central de Regulação Municipal tem como finalidades:

Inserção dos encaminhamentos na lista de espera do SISREG;

Agendamento de retorno de consultas e exames, sinalizados por prioridades aqueles necessários para definição de diagnóstico ou continuidade de tratamento;

Acompanhamento diário das solicitações enviadas, casos agendados, devolvidos, negados ou reenviados pela regulação no sistema;

Agendamento de consultas e exames através do sistema Sigss/Consulfarma para o atendimento pelo Consórcio Intermunicipal;

Entrega dos comprovantes de agendamentos, juntamente com os encaminhamentos originais em tempo hábil para as Unidades de Saúde Municipais realizarem a devolução ao paciente, para que não haja absenteísmo.

#### **2.1.3.10. Assistência Farmacêutica**

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), que dispõe sobre a política de saúde no país, remete à necessidade da implantação de uma Política Nacional de Medicamentos, centrada nas ações de Assistência Farmacêutica integral, como uma das condições estratégicas para a efetiva implementação do SUS.



Em março de 1999, o Ministério da Saúde, visando implementar as diretrizes e prioridades da Política Nacional de Medicamentos (Portaria N 3.916), publicou a Portaria N 176 que "*estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA e define valores a serem transferidos*".

A Política Nacional de Medicamentos tem como propósito garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, assim como a necessária qualidade, segurança, eficácia dos mesmos e a promoção do seu uso racional. Ela tem como base os princípios e diretrizes do SUS, definindo as prioridades relacionadas à legislação, incluindo a regulamentação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos e desenvolvimento de recursos humanos, científicos e tecnológicos.

A Portaria/MS/GM n 176/99, ao promover a descentralização dos recursos destinados à aquisição dos medicamentos voltados à atenção básica, coloca estados e municípios em um novo papel diante da questão da organização da Assistência Farmacêutica. Ao refletirmos acerca da organização dos serviços, sob a ótica de uma concepção de modelo assistencial, identificamos a necessidade de situarmos, nos diversos níveis de atenção à saúde, o lugar da Assistência Farmacêutica, compreendendo que, ao pensarmos o medicamento como um insumo básico, devemos considerar a relevância da terapêutica medicamentosa nas ações de recuperação da saúde, mas tendo em conta que, nos cuidados de saúde, a Assistência Farmacêutica contempla, também, as ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde.

Tanto a Política Nacional de Medicamentos (PNM) como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) explicitam a importância estratégica de três grandes eixos relacionados aos medicamentos – a garantia da segurança, eficácia, efetividade e



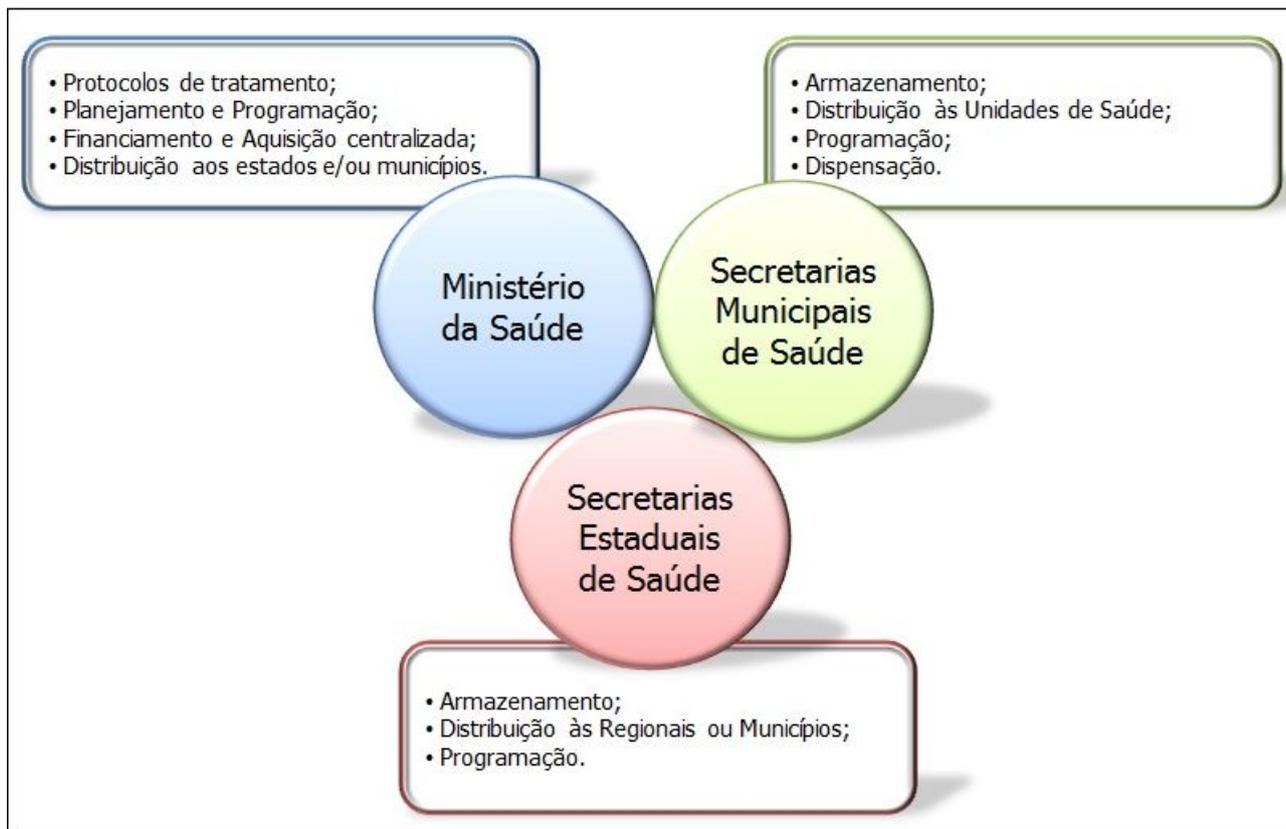
qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional; e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

### **Farmácia Básica**

A Assistência Farmacêutica no componente Básico é financiada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. E compreendem um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, destinado a complementar e apoiar as ações da atenção básica à saúde. O medicamento é um dos componentes fundamentais da atenção à saúde e sua utilização racional contribui para a qualidade dos serviços de saúde. O uso inadequado ou indevido do medicamento pode causar mais prejuízos do que benefícios à saúde dos indivíduos.

Os componentes estratégicos da Assistência Farmacêutica são destinados a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças com importância epidemiológica como: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, cólera, influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo, entre outros, e ainda vacinas, soros e imunoglobulinas. Estes medicamentos e insumos são financiados pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos Estados e Municípios.

**FIGURA 10 – Competência dos entes em relação aos medicamentos estratégicos. Brasília, 2016.**



Fonte: DAF/MS

O Município de Guarapari utiliza a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), onde constam todos os medicamentos que são disponibilizados aos munícipes. Esta relação é fundamentada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que contém o conjunto dos medicamentos que são disponibilizados aos usuários do SUS.

A REMUME de Guarapari pode ser acessada virtualmente através do Site da Prefeitura Municipal de Guarapari, no endereço eletrônico: [www.guarapari.es.gov.br](http://www.guarapari.es.gov.br).

O Município de Guarapari possui uma Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF) que realiza o controle informatizado em sistema próprio, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos adquiridos através do Bloco de Assistência Farmacêutica e os provenientes do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde.

Atualmente, é realizada a dispensação dos medicamentos nas Unidades: Centro Municipal de Saúde, Centro de Saúde “Dr. Roberto Calmon”, e os específicos no Centro



de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Programa de Tuberculose e Hanseníase. A Unidade de Pronto Atendimento 24h “Dr. João Batista de Almeida Netto”, dispõe de uma farmácia para controle e administração dos medicamentos e insumos de uso interno.

### **Farmácia de Alto Custo**

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado pela Portaria GM/MS n 1554 de 30 de julho de 2013, alterada pela Portaria GM/MS n 1996 de 11 de setembro de 2013, é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Seu objetivo majoritário é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, em nível ambulatorial.

A Farmácia do Componente Especializado consiste em uma Unidade de Farmácia dispensadora de medicamentos ligada à Secretaria de Saúde do Estado. Está inserida hoje no Centro Municipal de Saúde.

O acesso aos medicamentos do CEAF deve obedecer a critérios previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). O processo de solicitação dos medicamentos é iniciado pelo usuário, ou seu responsável, por meio da apresentação de documentos específicos.

**FIGURA 11 – Competência de cada esfera quanto aos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. Brasília, 2016.**



|  |
|--|
| <b>Federal</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Financiamento, aquisição centralizada e distribuição aos Estados do Grupo 1A do CEAF.</li><li>• Financiamento do Grupo 1B do CEAF.</li><li>• Financiamento tripartite do Grupo 3 do CEAF.</li><li>• Elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).</li></ul>  |
| <b>Estadual</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação do Grupo 1A do CEAF.</li><li>• Aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação do Grupo 1B do CEAF.</li><li>• Financiamento, aquisição recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação do Grupo 2 do CEAF.</li><li>• Financiamento tripartite do Grupo 3 do CEAF.</li><li>• Avaliação e autorização dos processos de solicitação de medicamentos dos Grupos 1 e 2 do CEAF.</li></ul> |
| <b>Municipal</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Financiamento tripartite Grupo 3 do CEAF.</li><li>• Aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do Grupo 3 do CEAF.</li><li>• Recebimento, armazenamento e dispensação dos medicamentos dos grupos 1 e 2 do CEAF, conforme pactuação na CIB.</li></ul>   |

Fonte: DAF/MS

### **2.1.3.11. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível.

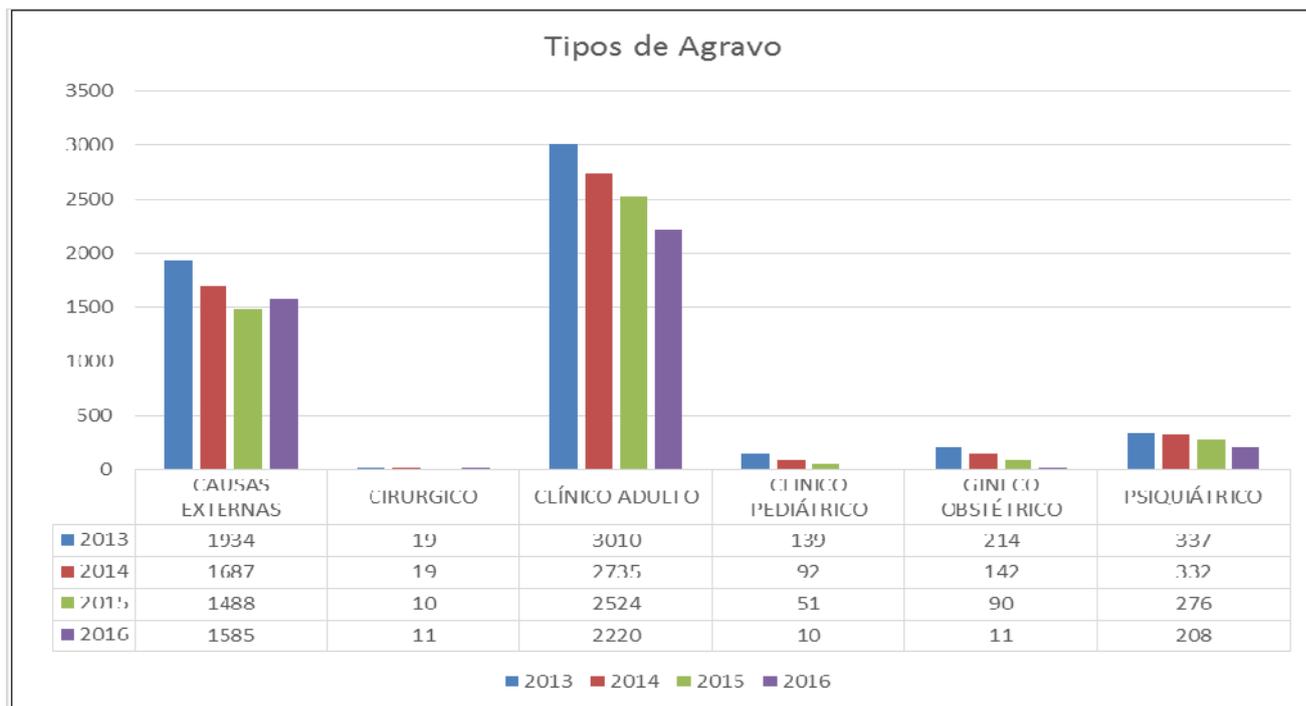


O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas, conforme preconiza o Ministério da Saúde..

O Ministério da Saúde, com o objetivo de melhorar e integrar as ações de urgência e emergência, vem, em parceria com os Estados e Municípios, concentrando esforços no sentido de implementar a Política Nacional de Atenção às Urgências, da qual o SAMU 192 é componente fundamental. Essa Política prioriza os princípios do SUS, com ênfase na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas que permitam a organização da atenção, visando garantir a universalidade do acesso e a integralidade na atenção prestada.

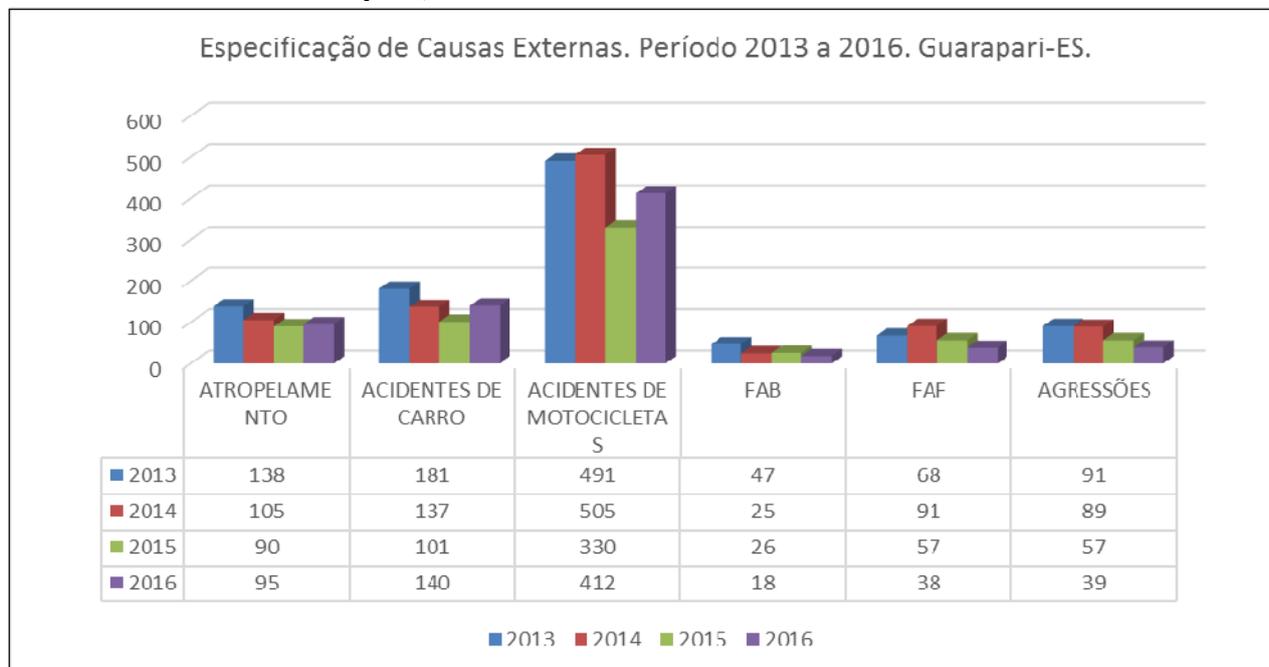
No município, a base do SAMU fica localizada dentro da 1ª Cia do 5º Batalhão do Corpo de Bombeiros Militares e conta com 02 veículos para atendimento à população, uma ambulância de Suporte Básico e uma de Suporte Avançado (UTI Móvel).

**GRÁFICO 20 – Evolução dos atendimentos do SAMU 192, por tipo de agravo. Guarapari, 2013-2016.**



Fonte: Coordenação Médica do SAMU - 192

**GRÁFICO 21 – Comparativo dos atendimentos do SAMU 192 no município, por causas externas. Guarapari, 2013-2016.**



LEGENDA:

FAB – Ferimento por arma branca

FAF – Ferimento por arma de fogo

Fonte: Coordenação Médica do SAMU - 192



### **2.1.3.12. Serviço de Salvamento Marítimo**

O Serviço de Salvamento Marítimo realiza ações para a prevenção de acidentes no mar e de busca e salvamento a vítimas de afogamentos. O serviço é uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde com o Corpo de Bombeiros Militar e a Capitania dos Portos.

O Corpo de Bombeiros realiza o treinamento (curso de formação) dos guarda-vidas e supervisiona os trabalhos.

Os postos de salvamento marítimo ficam espalhados pelas praias de Guarapari. A maior concentração de guarda-vidas está na Praia do Morro, local de maior afluência de turistas e com maior índice de incidentes. Além do salvamento, os guarda-vidas oferecem orientações aos banhistas, bem como auxílio a crianças perdidas.

O serviço engloba também o monitoramento do tráfego de embarcações (principalmente nos finais de semana). As embarcações a vela devem manter uma distância mínima de 100 metros da areia da praia. Já as de propulsão motora devem manter-se a, pelo menos, 200 metros. Os postos de guarda-vidas também atuam na fiscalização desses.

Horário de funcionamento: todos os dias, das 8 às 17 horas; durante o verão, das 8 às 18 horas.

Para fazer qualquer reclamação ou denúncia sobre embarcações, animais na areia ou banhistas em comportamento perigoso, basta o cidadão se dirigir a um posto de observação e conversar com um guarda-vidas.

A equipe de guarda-vidas realiza, além dos serviços de salvamento, resgate e orientações a banhistas, atividades de apoio a instituições educacionais, religiosas, filantrópicas e particulares atuando na prevenção de acidentes com os participantes.



### **2.1.3.13. Corpo de Bombeiros Militar**

Desde de 2009, o município conta com o apoio dos serviços prestados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo. O município possui um batalhão próprio do Corpo de Bombeiros Militar, o 5 Batalhão de Bombeiro Militar, que coordena diretamente a 1ª Companhia que fica localizada no próprio município e a 2ª Companhia, localizada no município de Anchieta. O atendimento pré-hospitalar é atualmente uma das principais atividades dos Corpos de Bombeiros. Ele objetiva atender às vítimas de acidentes, procurando dar socorro imediato adequado e condições ideais de transporte aos hospitais; a fim de evitar o agravamento das lesões e melhorar as condições de sobrevivência do acidentado.

O atendimento é voltado principalmente ao trauma (as demais emergências médicas são atendidas pelo SAMU); tais como: acidentes de trânsito, atropelamentos, ferimentos por arma de fogo ou arma branca, queimaduras, soterramentos, acidentes de trabalho, ou ainda problemas clínicos com risco iminente de vida.

Dentre outros serviços realizados pelo Corpo de Bombeiros destacam-se, vistorias, fiscalizações, capacitação dos profissionais salva-vidas, treinamentos e atividades relacionados a sistemas de prevenção contra incêndio e pânico, defesa civil, combate a incêndio, acidentes de grande proporção envolvendo produtos perigosos.

Seguem abaixo, os principais atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros no período de 2013 a 2016.

**TABELA 27 – Quadro de atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros, segundo Grupo – Guarapari, 2013-2016.**



| Atendimentos Realizados pelo Corpo de Bombeiros de Guarapari – 2013-2016 |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|
| GRUPO  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| APH (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR)   | 514  | 511  | 625  | 670  |
| SALVAMENTO   | 142  | 178  | 202  | 331  |
| INCÊNDIO URBANO  | 150  | 138  | 174  | 238  |
| INCÊNDIO EM VEGETAÇÃO  | 162  | 177  | 302  | 353  |
| PREVENÇÃO/VISTORIA   | 55   | 59   | 225  | 447  |
| AUXILIO/DIVERSAS ASSISTÊNCIAS  | 40   | 33   | 50   | 77   |
| PRODUTOS PERIGOSOS   | 22   | 10   | 2    | 26   |
| DEFESA CIVIL   | 1    | 2    | 0    | 9    |
| TOTAL  | 1086 | 1108 | 1580 | 2151 |

Fonte: 1ª Cia/ 5 BBM - Corpo de Bombeiros de Guarapari.

## 2.2. Determinantes e Condicionantes de Saúde

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde a proposta do Município de Guarapari, quando define a ampliação do seu escopo, tem como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes. Assim, a organização da atenção e do cuidado envolverá, concomitantemente, as ações e serviços que operam sobre os efeitos do adoecer, além de focalizar o espaço exterior das unidades de saúde existentes, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades nos territórios sanitários.

### 2.2.1. Aspectos Socioeconômicos

Conhecido mundialmente pelas areias monazíticas, Guarapari é o município mais famoso turisticamente do Estado atraindo diversos visitantes, graças às suas belezas naturais e às areias monazíticas, com virtudes alegadamente terapêuticas, apesar de os benefícios no tratamento de artrite ou reumatismo não terem comprovação científica. Com mais de



50 praias e avançada rede hoteleira, o município chega a atrair mais de um milhão de turistas na alta temporada do verão.

Além das belas praias, está desenvolvendo o agroturismo, já que dista somente 12 km das montanhas com cachoeiras, mata atlântica, monumentos históricos, culturais e folclóricos. A agroindústria se encontra em plena expansão trazendo oportunidades de emprego para Guarapari (INCAPER, 2011).

Têm destaque, dentre as atividades econômicas agrícolas, a cafeicultura, a bananicultura, a heveicultura (cultura de seringueira), o coco verde, a mandioca, o maracujá e a laranja. Com uma produção que gira em torno de 3.800 milhões de litros, a pecuária leiteira é também destaque, além, é claro, da produção de peixe que gera, aproximadamente, 300 toneladas/ano e de crustáceos, que produz mais de 100 toneladas.

De acordo com o IBGE (dado mais recente), os setores de comércio e serviços representavam 50% do valor adicionado do município e 84% dos estabelecimentos comerciais. Assim, o setor da indústria tem de média a baixa representatividade na economia de Guarapari (18%). Outro dado importante é formalização do mercado de trabalho ou a redução da informalidade da região. O grau de formalidade de Guarapari passou de 25,5% para 48,8%, com crescimento de 155,2% de acordo com o último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

#### **2.2.1.1. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM**

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida resumida do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. É um indicador do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento).



O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Guarapari é 0,731, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,837, seguida de Renda, com índice de 0,746, e de Educação, com índice de 0,626.

### **Evolução do IDHM**

Entre 2000 e 2010

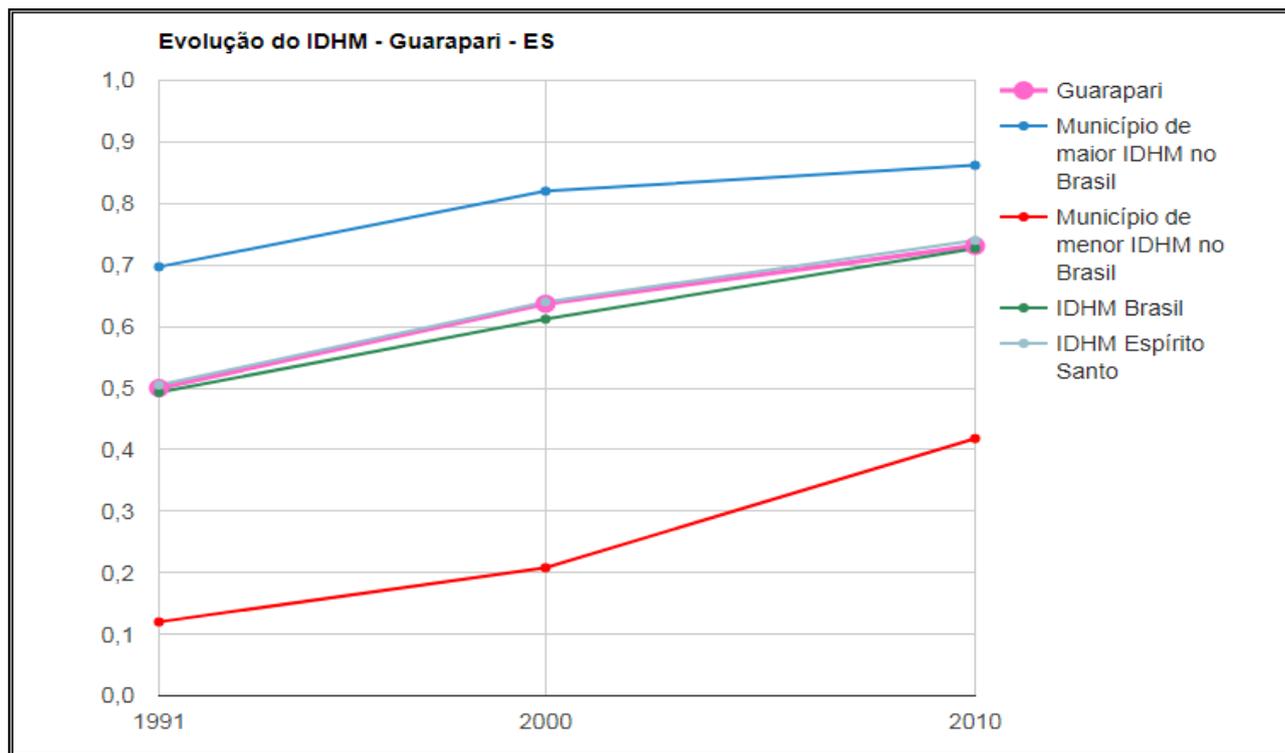
O IDHM passou de 0,637 em 2000 para 0,731 em 2010 - uma taxa de crescimento de 14,76%. A distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 74,10% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,142), seguida por Renda e por Longevidade.

Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,500 em 1991 para 0,637 em 2000 - uma taxa de crescimento de 27,40%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 72,60% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,185), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,500, em 1991, para 0,731, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 46,20% para o município; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 53,80% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,327), seguida por Longevidade e por Renda.

**GRÁFICO 22 – Evolução do IDHM. Guarapari, 1991-2010.**

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em relação aos municípios brasileiros, Guarapari ocupa a 993ª colocação no *ranking* Nacional, com a nota 0,731 (em 5.565 municípios) considerada “alta”, acima da média nacional que é de 0,699. E no Estado, ocupa a 10ª colocação no ranking estadual entre os 78 municípios.

**Renda Per Capita**

A renda per capita média de Guarapari cresceu 137,21% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 350,12, em 1991, para R\$ 550,19, em 2000, e para R\$ 830,51, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,65%. A taxa média anual de crescimento foi de 5,15%, entre 1991 e 2000, e 4,20%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a



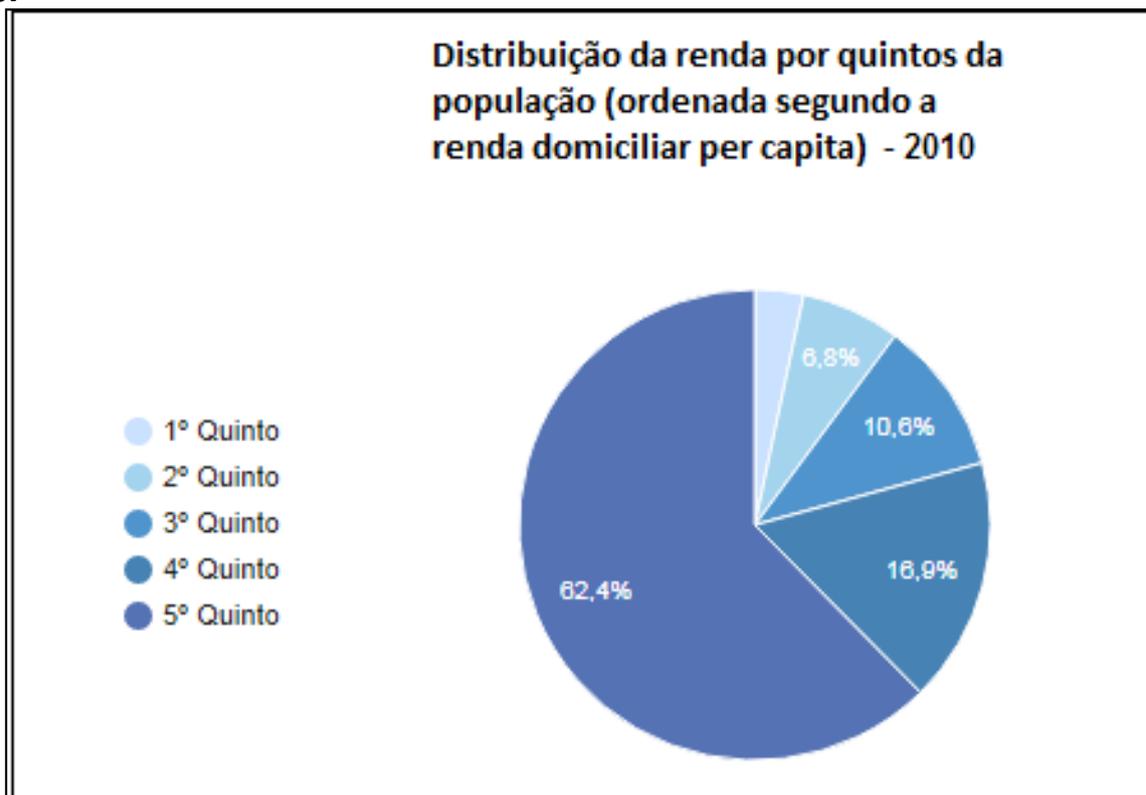
R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 35,61%, em 1991, para 21,65%, em 2000, e para 8,94%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,56, em 1991, para 0,58, em 2000, e para 0,58, em 2010. O índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

**FIGURA 12 – Índices de pobreza e desigualdade no município. Guarapari, 2010.**

| <b>Renda, Pobreza e Desigualdade - Município - Guarapari - ES</b> |             |
|---|-------------|
|   | <b>2010</b> |
| Renda per capita  | 830,51      |
| % de extremamente pobres  | 2,05        |
| % de pobres   | 8,94        |
| Índice de Gini  | 0,58        |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

**GRÁFICO 23 – Distribuição da renda domiciliar per capita, por quintos. Guarapari, 2010.**



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

### **Distribuição da Renda por Quintos da População**

- 1 Quinto: R\$ 138,17 (3,3%)
- 2 Quinto: R\$ 283,02 (6,8%)
- 3 Quinto: R\$ 439,95 (10,6%)
- 4 Quinto: R\$ 699,60 (16,9%)
- 5 Quinto: R\$ 2.589,48 (62,4%)

## Trabalho

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,04% em 2000 para 67,03% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 14,72% em 2000 para 8,44% em 2010.

### GRÁFICO 24 – Taxas de atividade e desocupação da população acima de 18 anos. Guarapari, 2010.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 6,72% trabalhavam no setor agropecuário, 1,79% na indústria extrativa, 6,57% na indústria de transformação, 12,64%



no setor de construção, 1,37% nos setores de utilidade pública, 18,65% no comércio e 48,23% no setor de serviços.

## Vulnerabilidade Social

**TABELA 28 – Índices de vulnerabilidade social no município – Guarapari, 1991-2010.**

| Índices de Vulnerabilidade Social – Município – Guarapari-ES  |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|
| Crianças e Jovens   | 1991  | 2000  | 2010  |
| Mortalidade infantil  | 34,03 | 18,80 | 14,43 |
| % de crianças de 0 a 5 anos fora da escola  | -     | 75,58 | 62,00 |
| % de crianças de 6 a 14 fora da escola  | 23,22 | 5,33  | 3,76  |
| % de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa | -     | 15,00 | 10,32 |
| % de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos  | 2,54  | 3,86  | 1,81  |
| Taxa de atividade - 10 a 14 anos  | -     | 10,42 | 5,95  |
| Família   |       |       |       |
| % de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família       | 11,45 | 14,88 | 18,03 |
| % de vulneráveis e dependentes de idosos  | 2,49  | 1,65  | 1,90  |
| % de crianças extremamente pobres   | 18,90 | 9,61  | 3,57  |
| Trabalho e Renda  |       |       |       |
| % de vulneráveis à pobreza  | 63,80 | 45,99 | 26,55 |
| % de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal                         | -     | 45,77 | 31,57 |
| Condição de Moradia   |       |       |       |
| % da população em domicílios com banheiro e água encanada   | 82,32 | 94,07 | 96,83 |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

O percentual de pessoas vulneráveis na idade entre 15 e 24 anos reduziu em 5 pontos percentuais na última década avaliada. Definem-se como vulneráveis à pobreza as pessoas que moram em domicílios com renda per capita inferior a  $\frac{1}{2}$  salário mínimo. No estudo realizado foram considerados apenas os domicílios particulares permanentes.

Observa-se também uma redução considerável no índice de pessoas com 18 anos ou mais sem fundamental completo e com ocupação informal. Neste indicador, a ocupação

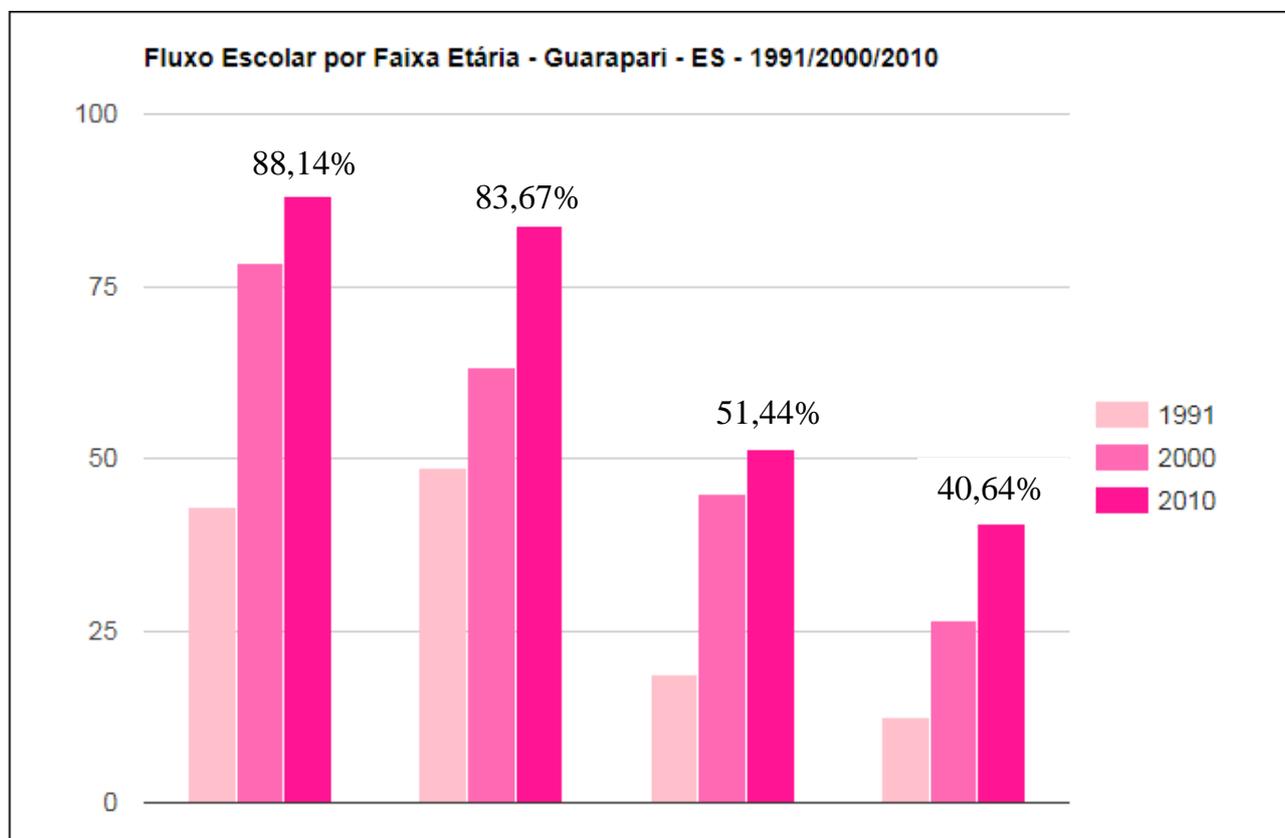


informal implica que trabalham mas não são empregados com carteira de trabalho assinada, militares das forças armadas, militares ou do corpo de bombeiros, empregados públicos ou trabalhadores por conta própria com contribuição a instituto de previdência oficial.

### 2.2.1.2. Indicadores de Alfabetização

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação.

**GRÁFICO 25 – Fluxo escolar por faixa etária. Guarapari, 1991-2010.**



Fonte: PNUD, Ipea e FJP



No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 88,14%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 83,67%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 51,44%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 40,64%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 45,30 pontos percentuais, 35,04 pontos percentuais, 32,90 pontos percentuais e 28,08 pontos percentuais.

Em 2010, 79,56% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 80,38% e, em 1991, 78,71%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 10,97% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 3,73% e, em 1991, 1,23%.

### **Expectativa de Anos de Estudo**

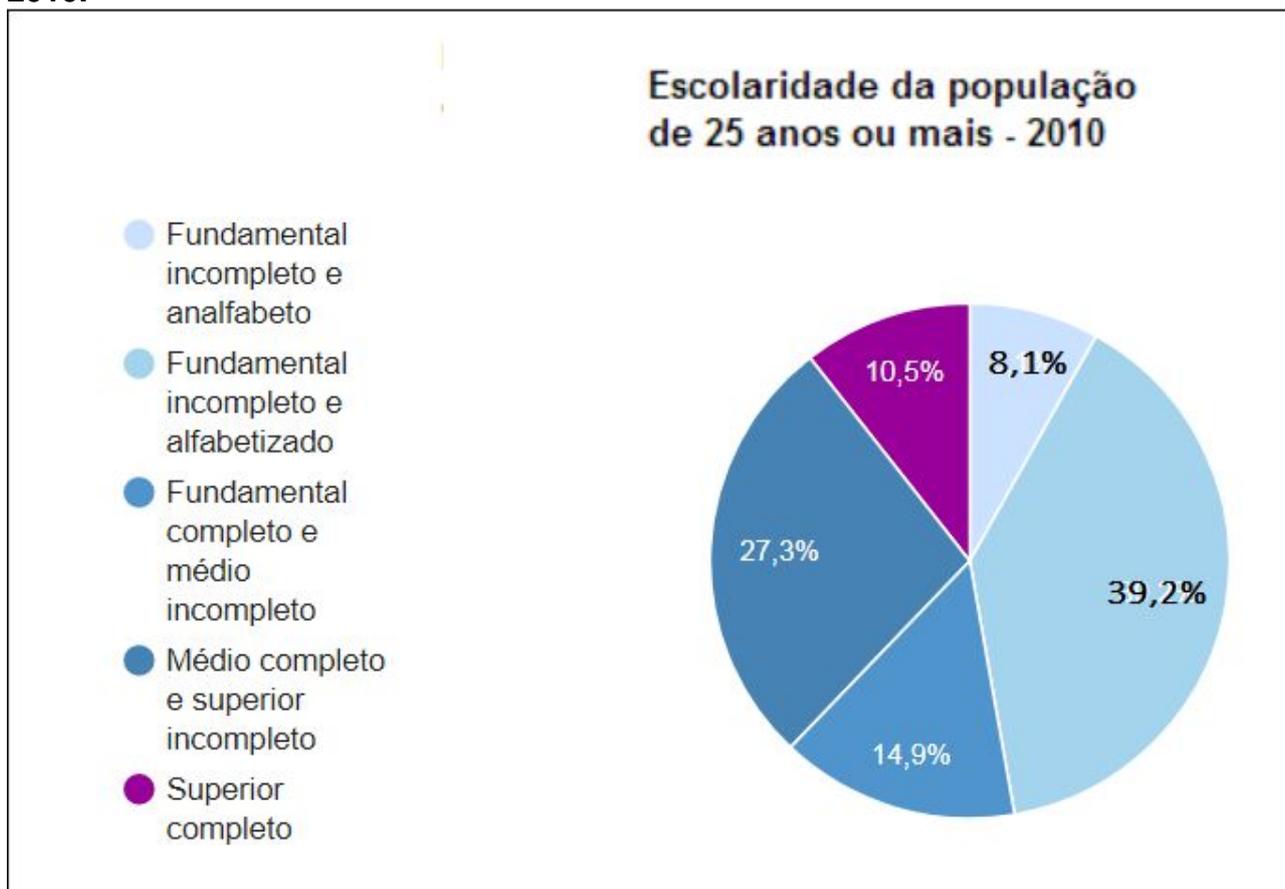
O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 9,23 anos para 8,91 anos, no município, enquanto na UF passou de 9,51 anos para 9,36 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 8,97 anos, no município, e de 9,30 anos, na UF.



## Educação da População Adulta

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 40,11% para 56,36%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 28,63%, no município, e 30,09%, na UF.

**GRÁFICO 26 – Índices de escolaridade da população acima de 25 anos. Guarapari, 2010.**



Fonte: PNUD, Ipea e FJP



Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 8,09% eram analfabetos, 52,76% tinham o ensino fundamental completo, 37,87% possuíam o ensino médio completo e 10,54%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.

## **2.3. Gestão em Saúde**

### **2.3.1. Descentralização**

Com a Lei 8080 de 1990, os municípios foram os que converteram-se nos responsáveis pela execução de políticas públicas em saúde por estarem mais próximos às comunidades. O princípio da descentralização enfrenta um grande desafio no município de Guarapari devido à falta de uma arrecadação própria significativa e dependência das transferências de recursos intergovernamentais demonstrando limitada capacidade de aumento do grau de autonomia política e financeira. A cooperação dos outros dois entes federativos é também um desafio para a efetivação dos mandatos constitucionais relacionados com a saúde. O estabelecimento das obrigações e a responsabilidade das três esferas do Estado não foram definidas com precisão causando uma situação de insegurança jurídica.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde deu ênfase ao processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para o avanço da descentralização e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. Entre os anos de 2006 e 2010 foram lançados os Pactos pela Saúde os quais trouxeram uma nova concepção de regionalização. Ficou evidente que a organização espacial do sistema de saúde deve levar em conta a



diversidade do território, buscar o fortalecimento da pactuação política entre os entes federados no tocante à diversidade econômica, cultural e social das regiões de saúde.

A estratégia de regionalização adotada pelo SUS, portanto, pode ser considerada como a ferramenta operacional mais importante na descentralização para a organização das competências e distribuição das responsabilidades em matéria de saúde, já que engloba a transferência de poder decisório, de gestão de prestadores e de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal. Requer, todavia, que seja transferida a responsabilidade ao município pela saúde de sua população, como também os recursos para exercer as funções de controle, planejamento e coordenação.

No contexto da descentralização os principais instrumentos para o planejamento das ações e definição das responsabilidades do município são o PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PPI (Programação Pactuada e Integrada), a qual deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde de cada esfera de gestão.

O Município de Guarapari ocupa posição de elevada importância estratégica na Região Metropolitana de Saúde devido à sua posição geográfica e à proximidade das Centrais de Regulação e Pontos de Atenção do Nível Secundário e Terciário da Rede Estadual de Saúde. A Secretaria Municipal da Saúde observou essa importância e estabeleceu sua participação efetiva na Comissão Intergestores Regional Metropolitana.

### **2.3.2. Recursos Humanos**

É importante destacar no cenário dos recursos humanos a importância da educação permanente em saúde. Há uma significativa carência de profissionais com formação tecnológica e qualificada, necessários ao desempenho das atividades complexas no



âmbito da saúde, o que requer investimentos para formar e qualificar estes profissionais, inclusive os que já estão executando os serviços, tais como: técnicos em higiene dental e auxiliar de consultório dentário; agente comunitário de saúde; técnicos em vigilância; técnicos de enfermagem e técnicos em saúde mental e saúde do idoso.

Verifica-se a necessidade de capacitação das equipes de saúde da família para melhoria da atenção básica, bem como a elaboração de uma política de articulação entre a gestão e as instituições de ensino estabelecidas com vistas ao desenvolvimento dos profissionais em saúde, envolvendo gestores e gerentes para a devida capacitação e qualificação da gestão do trabalho no SUS.

### **2.3.3. Planejamento**

O processo ascendente de planejamento definido pela Lei Orgânica da Saúde configura-se relevante desafio para os responsáveis por sua condução, tanto na esfera estadual como nacional, tendo em conta a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, aliada à quantidade e diversidade dos municípios, além da grande desigualdade em saúde ainda prevalente em relação ao acesso, à integralidade e à qualidade da atenção prestada.

No tocante ao planejamento, a organização das ações ainda é precária, principalmente nos municípios de médio e pequeno portes, o que dificulta o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental na conformação do SUS.

Por ser um Município que ultrapassa os 100 mil habitantes, a área de planejamento das ações em saúde torna-se de suma importância para o crescimento do SUS e para a implantação definitiva das políticas de saúde.



A Secretaria Municipal da Saúde apresenta um setor específico de planejamento, o qual, entretanto, deve estar estruturado para que as ações idealizadas por coordenadores de programas sejam implementadas e monitoradas.

Como tática de planejamento das ações, a Secretaria Municipal da Saúde utiliza vários instrumentos institucionalizados pelo SUS, ainda em aperfeiçoamento, tais como: Plano Municipal de Saúde (atualizado a cada quatro anos), Relatório Anual de Gestão, Relatórios Quadrimestrais, Relatórios de Conferências Municipais, Pacto Pela Saúde (SISPACTO) e Planos Anuais Temáticos dos diversos setores da Secretaria.

Cabe ressaltar que, apesar dos esforços empreendidos desde a criação do SUS e os avanços logrados, a área de planejamento do Sistema ainda carece, na esfera municipal, de recursos humanos em quantidade e qualidade. Observa-se que falta, não raro, infraestrutura e atualização contínua nas técnicas e métodos do planejamento, sobretudo em se tratando de monitoramento e avaliação, no seu sentido mais amplo, assim como o domínio necessário das características e peculiaridades que cercam o próprio SUS e do quadro epidemiológico dos territórios sanitários.

#### **2.3.4. Financiamento**

O Fundo Municipal de Saúde de Guarapari foi criado, através da Lei Municipal n. 1.293/91 e regulamentado pelo Decreto Municipal n. 145/96, tendo como embasamento legal as Leis Federais n. 8.080/90 e 8.142/90. Passou a exercer suas atividades a partir do ano de 1999, com o propósito de atender aos regulamentos legais que organiza o financiamento, custeio e aplicação dos recursos destinados ao Sistema de Saúde Municipal.



É o Fundo Municipal de Saúde que realiza a contabilização de todas as receitas e despesas originárias do orçamento em saúde, bem como as de categoria extra-orçamentárias, ao alcance das Políticas de Saúde, essencialmente, aquelas relativas aos Blocos de Financiamento da Saúde definidos através da Portaria N 204/GM de 29 de janeiro de 2007, Art. 4 , a saber:

I - Atenção Básica;

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica;

V - Gestão do SUS; e

VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (conforme redação da Portaria n 837, de 23 de abril de 2009).

Conforme expressa a Emenda Constitucional n 29/2000 e Lei Complementar n 141/2012 que regulamenta o disposto no § 3 do art. 198 da Constituição Federal, os Municípios deverão aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% sobre o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3 da Constituição Federal.

**TABELA 29 – Demonstrativo de participação do município no gasto público em saúde – Guarapari, 2011-2016.**

| Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Ações e Serviços Públicos em Saúde |             |
|---|-------------|
| Ano   | % Município |
| 2011  | 17,35       |
| 2012  | 22,18       |
| 2013  | 21,03       |
| 2014  | 24,49       |



|      |       |
|------|-------|
| 2015 | 18,94 |
| 2016 | 20,46 |

Fonte: Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva/  
Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento/CGES/SIOPS

O Fundo Municipal de Saúde é composto por Contas Correntes Bancárias Específicas, que recebem receitas provenientes de Transferências Federal e Estadual Fundo a Fundo e de Contrapartida do Município nos moldes da Emenda Constitucional N. 29/2000.

**TABELA 30 – Demonstrativo da aplicação de recursos próprios municipais em ações e serviços de saúde – Guarapari, 2011-2016.**

| Ano  | Receita de Impostos Vinculada conforme a LC 141/2012 | Despesas com Recursos Próprios em Ações e Serviços de Saúde | Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante (população estimada) |
|------|--|---|--|
| 2011 | R\$ 94.435.315,53                                    | R\$ 16.383.849,25   | R\$ 153,72   |
| 2012 | R\$ 108.707.412,55                                   | R\$ 24.110.490,38   | R\$ 223,58   |
| 2013 | R\$ 110.606.282,82                                   | R\$ 23.258.840,72   | R\$ 200,03   |
| 2014 | R\$ 122.606.323,24                                   | R\$ 30.026.348,94   | R\$ 254,34   |
| 2015 | R\$ 130.583.835,76                                   | R\$ 24.733.163,58   | R\$ 206,45   |
| 2016 | R\$ 142.949.277,05                                   | R\$ 29.253.787,54   | R\$ 240,76   |

Fonte: Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva/ Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento/CGES/SIOPS

Em relação aos recursos já aplicados, conforme tabela acima, referente ao período de 2008 a 2012, observa-se o crescente aumento dos gastos de recursos em saúde e, verifica-se também, que o Município de Guarapari vem cumprindo a aplicação do percentual mínimo obrigatório em ações e serviços públicos de saúde conforme estabelecido pela EC n 29/2000.



### **2.3.5. Informação em Saúde**

As ações de monitoramento requerem a disponibilidade de informações essenciais, perfeitamente definidas, sistematicamente coletadas e analisadas. O processo de construção de uma base de informações, em cada esfera de gestão, é desenvolvido identificando as inter-relações dos objetivos do Plano e os nós críticos para o seu alcance. Cada indicador deve 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 implantados vários Sistemas de Informação, alimentando o Banco de Dados Nacional e Estadual periodicamente de acordo com normas estabelecidas por cada sistema, sendo encaminhados regularmente à Secretária de Estado da Saúde e ao Ministério da Saúde, os seguintes sistemas:

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – Atualizado diariamente, sua base é enviada mensalmente para o DATASUS e a Secretária de Estado da Saúde;

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 01 lote de arquivo mensal totalizando 12 (doze) lotes (arquivos) enviados à SESA/COORDENADORIA DE INFORMAÇÃO/SINASC.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – alimentação diária e envios de lotes semanais de doenças e agravos de notificação compulsória, totalizando doze lotes anuais à SESA/COORDENADORIA DE INFORMAÇÃO/SINAN;

SI – PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização/ Avaliação do Programa de Imunização – O sistema é online e é alimentado diariamente e sua base é enviada mensalmente para o Ministério da Saúde;



SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade – O município recolhe as declarações de óbitos nos cartórios e as envia para SESA/IESP mensalmente.

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial – Alimentado diariamente e encaminhado mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde;

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Alimentado diariamente de forma on-line com o Ministério da Saúde.

BOLSA FAMÍLIA (Condicionalidade Saúde) – Compilação dos dados antropométricos populacionais pelo Setor de Nutrição Epidemiológica e digitação em sistema on-line para o Ministério da Saúde.

SISCAM – Sistema de Informação do Câncer da Mulher – Alimentado diariamente, a sua base é enviada mensalmente para a Secretaria de Estado da Saúde;

SICONV – Sistema de Convênios – Sistema que possibilita o cadastramento de propostas de convênios e/ou contratos de repasses firmados entre Ministério da Saúde e o Município;

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Alimentado bimestralmente;

SISAB/E-SUS – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – alimentado diariamente, a sua base é enviada mensalmente para o Ministério da Saúde;

MV 2000 – Sistema de Informação para Regulação de Vagas em consultas, exames especializados e leitos hospitalares oferecidos pela Secretaria Estadual da Saúde;

SISREG – Sistema Nacional de Regulação – Sistemas que regula as consultas e exames de média e alta complexidade, alimentado diariamente;

SisPréNatal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), alimentado diariamente, a sua base é enviada mensalmente através do sistema SIA/SUS para pagamento dos procedimentos;



SISFAD – Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue – Alimentado semanalmente e enviado lote mensal ao Ministério da Saúde;

SISLOC – Sistema de Informação de Localidades – Alimentado sempre que surge alterações geográficas em localidades urbanas e rurais. Envio de lote anual ao Ministério da Saúde;

SISPNCD – Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue – Com alimentação semanal e disponibilizado de forma on-line ao Ministério da Saúde;

SISÁGUA – Sistema de Monitoramento da Qualidade da Água – Alimentação mensal e envio através de lote mensal para a Secretaria Estadual da Saúde;

SISSOLO - Sistema de Monitoramento da Qualidade do Solo – Alimentação e envio através de lote anual para a Secretaria Estadual da Saúde;

PCE – Programa de Controle da Esquistossomose – Alimentação por demanda utilizando-se as notificações de agravo do SINAN. Envio de lote automático para a SESA-ES;

LIRAA – Levantamento de Índice de Infestação Rápido Para Aedes Aegypti – Alimentado trimestralmente e enviado lote trimestral ao Ministério da Saúde

SINAVISA – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – Alimentação diária e disponibilização on-line para a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária);

GAL – Gerenciamento de Ambiente Laboratorial – Alimentação de acordo com a demanda tendo como base as solicitações médicas de exames laboratoriais relacionadas às doenças de notificações compulsórias. É obrigatória ainda a inserção de solicitações de análises do SISAGUA;

SIVEP-DTA – Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão por Alimentos - Permite o monitoramento dos casos de doenças diarreicas agudas. Alimentação semanal e disponibilização on-line para o Ministério da Saúde;



SAUDE DE FERRO – Permite o acompanhamento de dispensação de sulfato ferroso a puérperas, gestantes e crianças até dois anos. Sistema on-line.

### **2.3.6. Participação Social**

As diretrizes do controle social atuando sobre o Sistema Único de Saúde estão previstas no art. 198, inciso 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 8.142 de 28 de dezembro de 1990, no artigo 1 , 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.

Ao Conselho Municipal 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.

Compete ao Conselho Municipal de Saúde de Guarapari:

- Deliberar sobre o estabelecimento, o acompanhamento e avaliação da Política e Diretrizes Municipais de Saúde;
- 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;



- 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;
- 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.
- Elaborar o seu Regimento Interno até 30 (trinta) dias após a sua instalação, devendo ser homologado por Decreto.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado formado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

O artigo 3 da Lei 1.306, de 26 de dezembro de 2007, que alterou o art. 3, da Lei n 1.360/91, define a composição do Conselho e sua representatividade conforme segue:

*I – Prestadores de Serviços: 02 (dois) representantes de entidades que atuam no setor de assistência à saúde, prestando serviço e atendendo a população, e o gestor, através de 01 (um) representante.*

*II – Profissionais de Saúde: 03 (três) representantes indicados para esse fim.*

*III – Usuários: 06 (seis) representantes de organismos ou entidades privadas, ou de movimentos comunitários, organizados como pessoas jurídicas, que atuam na defesa de interesses individuais e coletivo na área social ou econômica.*

O Conselho Municipal de Saúde deve possibilitar a proximidade da comunidade com os serviços de saúde da unidade e a interação com as demais organizações dos Territórios. Por esta razão devem ser estabelecidos os Conselhos Locais de Saúde.

A função do Conselho Local de Saúde e, por conseguinte, do controle social, é ser um dos alicerces para o fortalecimento da atenção Primária à Saúde. Esse ideal se



fundamenta na percepção de que os indivíduos que utilizam os serviços de saúde têm maior legitimidade para fiscalizar e acompanhar tais serviços, podendo participar das deliberações acerca de suas diretrizes.

### **2.3.7. Ouvidoria da Saúde**

A Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, bem como a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano dispõem sobre a participação da comunidade na Gestão do SUS. Baseado nesta premissa, foi criado em 2003 o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) com a finalidade de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS e que integra a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde. Desde então tem sido um canal transformador de estímulo à participação social, de disseminação de informações em saúde, de conscientização popular e de busca do equilíbrio e mediação entre o usuário e os gestores do SUS. Em 2007, através da Portaria n.º 8, datada de 25 de maio, o Ministério da Saúde regulamentou o Sistema Informatizado Ouvidor SUS o qual permite a disseminação de informações, o registro e o encaminhamento das manifestações dos cidadãos.

Foi a partir do Decreto n.º 6.860, de 27 de maio de 2009 que o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de dar apoio à criação de estrutura descentralizadas de Ouvidorias SUS em todo o território nacional. A partir de então, o Município de Guarapari inseriu no Plano Municipal de Saúde 2010/2013 a meta de criação da Ouvidoria SUS Municipal.

Em 2010, a Secretaria Municipal da Saúde de Guarapari participou do 1º Curso de Aperfeiçoamento em Ouvidoria, nos dias 21 e 22 de setembro, em Brasília-DF que teve



por finalidade oferecer a base conceitual, política e técnica aos profissionais que atuam nas secretarias estaduais e municipais de saúde, no setor Ouvidoria, com forma de contribuição para a organização do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS, em conformidade com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

No ano de 2011, em janeiro, o Município de Guarapari criou a Sub Gerência de Ouvidoria SUS através da Lei Complementar n 27 (publicada no DIO-ES em 14/01/2011) e, em abril, encaminhou ao DOGES o Plano de Ação para implantação do Sistema OuvidorSUS, cujo parecer favorável do Ministério da Saúde possibilitou a implantação do Nível I do Sistema.

No Espírito Santo, as Secretarias Municipais de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Guarapari, Linhares, Nova Venécia, São Mateus, Vila Velha e Vitória já implantaram suas ouvidorias e atuam em parceria com a Ouvidoria da Secretaria Estadual da Saúde – SESA-ES.

### **Função da Ouvidoria SUS**

Sua função é intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania.

Promover a cidadania em saúde e produzir informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão.

As Ouvidorias do SUS são canais democráticos de comunicação entre os cidadãos e os órgãos e entidades do SUS como espaço de cidadania. A Ouvidoria SUS é, sobretudo, um instrumento de gestão no qual os órgãos vinculados ao SUS recebem as manifestações dos cidadãos no que concerne a reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e outras informações.



Não se tratam, portanto, de estruturas para marcação de consultas e/ou de soluções de problemas dos cidadãos.

### **Organização da Ouvidoria SUS**

Conforme define o DOGES, o posicionamento mais adequado à Ouvidoria do SUS, dentro da estrutura organizacional do órgão ou entidade ao qual pertença, é aquele que lhe garanta fácil acesso ao gestor, preferencialmente a ele subordinado imediatamente, em nível hierárquico equivalente aos demais titulares das unidades finalísticas. Esse posicionamento hierárquico em alto nível, dentro da estrutura organizacional, é importante em razão da natureza estratégica da ouvidoria, que precisa ter assegurada sua autonomia administrativa perante as demais autoridades internas e externas para articular, coordenar e intermediar as relações institucionais com os usuários do SUS.

No Município de Guarapari, a Sub Gerência do Sistema de Ouvidoria SUS está integrada na Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal da Saúde subordinada à Gerência de Planejamento, Controle e Avaliação e tem como objetivo Coordenar e implementar o sistema de ouvidoria no âmbito da secretaria de saúde com o propósito de ampliar a participação dos cidadãos na gestão da Saúde, bem como possibilitar à Secretaria Municipal de Saúde a avaliação contínua da qualidade das ações e dos serviços prestados.

O recebimento e/ou acolhimento das demandas é realizado através do e-mail: [ouvidoria.saude@guarapari.es.gov.br](mailto:ouvidoria.saude@guarapari.es.gov.br); linha telefônica gratuita: 0800 276 3482; linha telefônica convencional: 027 3261 5686; atendimento presencial ao público; formulário eletrônico no site da prefeitura municipal. Em 2015 foram instaladas urnas de acrílico com formulários em todas as unidades de saúde para captação das manifestações e/ou



demandas dos usuários dos serviços de saúde. As demandas são analisadas e tratadas pela Ouvidora cuja atuação basicamente está definida em “ouvir, interpretar, inserir no sistema e encaminhar às sub redes”. O acompanhamento das demandas se dá, via de regra, através do Sistema Informatizado Ouvidor SUS, que é interligado ao Ministério da Saúde e ao Departamento Geral de Ouvidoria SUS (DOGES).

### **3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS**

#### **3.1. Diretriz Municipal I**



Organizar os serviços de saúde municipais em Rede, garantindo o atendimento do usuário e fortalecendo a integralidade na atenção e a equidade no acesso, com ênfase nas necessidades de saúde dos territórios sanitários.

### 3.1.1. Objetivo Municipal I

Aprimorar a resolutividade da atenção primária, entendendo-a como parte e ordenadora das redes de atenção à saúde, de forma a assegurar a qualidade dos serviços prestados visando a qualificação das práticas e a gestão do cuidado.

### 3.1.2. Objetivo Municipal II

Fortalecer as redes de atenção à saúde conforme as necessidades em saúde dos territórios sanitários.

| <b>METAS 2018-2021</b> |  |
|------------------------|--|
| <b>MM 1</b>            | Aumentar a cobertura de Estratégia de Saúde da Família em até 70%.   |
| <b>MM 2</b>            | Aumentar em 10% a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal.  |
| <b>MM 3</b>            | Organizar e Efetivar as Redes Temáticas: Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Rede Cegonha.                           |
| <b>MM 4</b>            | Implementar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a fim de ampliar o acesso e garantir a atenção integral ao cidadão. |
| <b>MM 5</b>            | Efetivar as ações de Atenção à Saúde do Homem  |
| <b>MM 6</b>            | Promoção de Ações de Educação em Saúde considerando as necessidades dos Territórios Sanitários                         |



|              |   |
|--------------|---|
| <b>MM 7</b>  | Construção, Reforma e Ampliação de Unidades de Saúde  |
| <b>MM 8</b>  | Implantação de Equipes de Apoio à Saúde da Família (NASF) com ações de matriciamento, objetivando a melhoria dos serviços.          |
| <b>MM 9</b>  | Efetivar a Estratificação de Risco Familiar nas Equipes de Estratégia de Saúde da Família   |
| <b>MM 10</b> | Ampliar a média anual de ações coletivas de escovação dental supervisionada   |
| <b>MM 11</b> | Implementação do Projeto de Educação Permanente na Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h  |
| <b>MM 12</b> | Implantação e Implementação de Normas e Rotinas de Trabalho na Atenção Primária e Secundária do Município                           |
| <b>MM 13</b> | Manutenção do Serviço de Ortopedia na Unidade de Pronto Atendimento - UPA-24h   |
| <b>MM 14</b> | Finalizar a Construção do Hospital Maternidade de Guarapari.  |
| <b>MM 15</b> | Melhoria do Pré-Natal com a captação precoce das gestantes e oferta de testes rápidos em todas as UBS/CTA/Casa da Mulher.           |
| <b>MM 16</b> | Garantir o diagnóstico precoce de lesões pré-cancerígenas da mama e do colo de útero.   |
| <b>MM 17</b> | Assegurar a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.  |
| <b>MM 18</b> | Melhoria dos serviços de saúde das comunidades rurais, populações tradicionais e vulneráveis de acordo com as suas especificidades. |
| <b>MM 19</b> | Reestruturação das Unidades Municipais de Saúde.  |
| <b>MM 20</b> | Melhoria da Atenção às Pessoas com Deficiência e Pessoas com Doenças e Agravos Crônicos   |



|              |  |
|--------------|--|
| <b>MM 21</b> | Implementar a integração da atenção especializada e políticas temáticas À Atenção Primária |
|--------------|--|

### 3.2. Diretriz Municipal II

Implementação e Organização da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

#### 3.2.1. Objetivo Municipal

Garantir o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais definidos na REMUME mediante uso racional e atenção integral à saúde.

| <b>METAS 2018-2021</b> |  |
|------------------------|--|
| <b>MM1</b>             | Garantir recurso para Efetivação da utilização de Atas de Registro de Preços para a aquisição de medicamentos da REMUME.                   |
| <b>MM 2</b>            | Garantir e manter com suficiência a distribuição do elenco de medicamentos da REMUME conforme Instrução Normativa vigente.                 |
| <b>MM 3</b>            | Realizar atualizações da REMUME com base na RENAME   |
| <b>MM 4</b>            | Implantação de estratégias para o uso racional de medicamentos.  |
| <b>MM 5</b>            | Reorganização e reestruturação da Assistência Farmacêutica   |
| <b>MM 6</b>            | Efetivar a utilização de sistema informatizado e integrado de gestão de estoque das farmácias com a Central de Abastecimento Farmacêutico. |
| <b>MM 7</b>            | Estruturação do serviço de Farmácia da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h   |



|             |  |
|-------------|--|
| <b>MM 8</b> | Garantir a atuação da Comissão de Farmácia e Terapêutica |
|-------------|--|

### **3.3. Diretriz Municipal III**

Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e prevenção e a intervenção no risco sanitário, com base nas necessidades sociais.

#### **3.3.1. Objetivo Municipal I**

Identificar e analisar os fatores geradores de ameaças à saúde nos territórios sanitários por meio da vigilância e controle de agravos e doenças transmissíveis e não transmissíveis.

#### **3.3.2. Objetivo Municipal II**

Direcionar as ações e serviços de saúde para a integralidade do cuidado.

#### **3.3.3. Objetivo Municipal III**

Aprimorar as ações da Vigilância Sanitária com a prevenção de doenças e fiscalização constante dos pontos de atenção sujeitos às ações de VISA.

| <b>METAS 2018-2021</b> |   |
|------------------------|---|
| <b>MM 1</b>            | Ampliar e qualificar as notificações das doenças e agravos de notificação compulsória e das demais de relevância dos serviços de saúde. |



|       |   |
|-------|---|
| MM 2  | Manter atuante a vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil.  |
| MM 3  | Ampliar e implementar a Gestão da Vigilância em Saúde fortalecendo suas ações.  |
| MM 4  | Reestruturação e Organização dos Laboratórios públicos que realizam análises de interesse em saúde pública.   |
| MM 5  | Implementar ações voltadas à Vigilância em Saúde da população afetada pela intoxicação exógena.   |
| MM 6  | Reduzir a incidência de casos de AIDS na população em 2,5% ao ano.  |
| MM 7  | Reduzir em 50% os casos novos de AIDS em crianças menores de 5 anos.  |
| MM 8  | Reduzir em 2% a mortalidade na população de 30 a 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis pelo conjunto das 04 principais DCNT (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes). |
| MM 9  | Organização e avaliação da atenção nutricional com vistas ao controle da obesidade e sobrepeso na população acompanhada.  |
| MM 10 | Reduzir a prevalência de hanseníase em 2% ao ano com ênfase na faixa etária em menores de 15 anos.  |
| MM 11 | Proporção de 75% das vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinal alcançada.  |
| MM 12 | Alcançar no mínimo 80% de cobertura da vacina anti-rábica canina.   |
| MM 13 | Implementar ações de combate às doenças transmitidas por vetor (Dengue, Zika-V, Chikungunya).   |
| MM 14 | Reduzir em 10% ao ano os casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.   |
| MM 15 | Promoção da saúde e redução de riscos ambientais do trabalho através de ações voltadas à Vigilância em Saúde do Trabalhador.  |
| MM 16 | Execução de forma integrada das ações da VISA definidas no PDVISA.  |



|       |   |
|-------|---|
| MM 17 | Fazer a gestão do risco sanitário em 85% dos serviços, produtos e ambientes de trabalho cadastrados e em atividade no município.            |
| MM 18 | Promover ações de formação continuada para os técnicos e fiscais envolvidos nas ações de Vigilância em Saúde.                               |
| MM 19 | Promover ações de regularização dos serviços e estabelecimentos pertinentes à saúde não cadastrados.  |
| MM 20 | Implementar as atividades de educação em saúde e mobilização social para a redução dos riscos e agravos relacionados à vigilância em saúde. |
| MM 21 | Implementar ações que visam reduzir a incidência de doenças e agravos de notificação compulsória de maior relevância.                       |

### 3.4. Diretriz Municipal IV

Aprimorar os mecanismos de regulação que fortaleçam a gestão municipal sobre a prestação de serviços no âmbito do SUS.

#### 3.4.1. Objetivo Municipal

Qualificar as ações e serviços de saúde, mediante processos capazes de garantir o acesso, equidade e a integralidade na atenção à saúde.

| METAS 2018-2021 |  |
|-----------------|--|
| MM 1            | Aprimorar a contratualização dos serviços de saúde da rede complementar ao SUS.            |
| MM 2            | Aprimorar o Controle e a Avaliação da produção das unidades de saúde sob gestão municipal. |



|             |  |
|-------------|--|
| <b>MM 3</b> | Implementar melhorias no monitoramento e acompanhamento do processo produtivo dos serviços.  |
| <b>MM 4</b> | Ampliar a regulação das consultas e exames especializados no âmbito do Município   |
| <b>MM 5</b> | Efetivar a gestão da base municipal dos sistemas de informação SIA e CNES.   |
| <b>MM 6</b> | Implantação de monitoramento, gestão e fiscalização estratégicos dos contratos dos prestadores de serviços ambulatoriais no município. |

### 3.5. Diretriz Municipal V

Implementar ações estratégicas de gestão objetivando melhores resultados para o usuário.

#### 3.5.1. Objetivo Municipal

Aumentar a eficiência na gestão dos recursos disponíveis, implementando práticas de gestão estratégica e de gerenciamento de processos.

| <b>METAS 2018-2021</b> |  |
|------------------------|--|
| <b>MM 1</b>            | Instituir processo de monitoramento estratégico do Plano Municipal de Saúde.   |
| <b>MM 2</b>            | Garantir a avaliação e monitoramento dos resultados das políticas públicas através dos indicadores de saúde do município.                                |
| <b>MM 3</b>            | Informatização dos Prontuários com disponibilização on-line visando a integração dos sistemas.   |
| <b>MM 4</b>            | Implantação de Coleta Informatizada de dados familiares pelos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate a Endemias, por meio de computadores portáteis. |
| <b>MM 5</b>            | Implementar a padronização de metodologias e processos das rotinas de trabalho da SEMSA.   |



|             |   |
|-------------|---|
| <b>MM 6</b> | Aprimoramento do gerenciamento do serviço de transporte sanitário, visando otimização dos recursos. |
| <b>MM 7</b> | Ampliação do serviço de transporte sanitário.   |
| <b>MM 8</b> | Promover a intersetorialidade na execução das Políticas Públicas com outros órgãos e entidades.     |
| <b>MM 9</b> | Assumir a Gestão Própria (Comando Único) das unidades de serviços do Município.                     |

### 3.6. Diretriz Municipal VI

Gestão, formação e desenvolvimento dos trabalhadores da SEMSA e do sistema municipal de saúde.

#### 3.6.1. Objetivo Municipal

Fortalecer as estruturas institucionais da gestão do trabalho e da educação em saúde.

| <b>METAS 2018-2021</b> |  |
|------------------------|--|
| <b>MM 1</b>            | Aprimorar a qualificação profissional identificadas pelas áreas temáticas das redes de atenção à saúde.                          |
| <b>MM 2</b>            | Contribuir para o desenvolvimento científico-epidemiológico, viabilizando pesquisas no âmbito da SEMSA e instituições de ensino. |
| <b>MM 3</b>            | Desenvolver a gestão da educação permanente e profissional em saúde no Município.  |
| <b>MM 4</b>            | Realizar estudos de dimensionamento da força de trabalho existente e necessária da SEMSA.  |
| <b>MM 5</b>            | Implementação e uniformização dos procedimentos operacionais padrão dos serviços de saúde.                                       |
| <b>MM 6</b>            | Implantação do Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.   |
| <b>MM 7</b>            | Realização permanente de estudos diagnósticos dos serviços em Saúde necessários à população municipal.                           |



|              |  |
|--------------|--|
| <b>MM 8</b>  | Implantação de Comissão de Licitação na Secretaria de Saúde  |
| <b>MM 9</b>  | Desenvolver ações de conscientização à prevenção, junto aos profissionais do sexo.   |
| <b>MM 10</b> | Promover a divulgação em mídias e redes sociais de doenças e agravos de relevância de serviços de saúde.                           |
| <b>MM 11</b> | Capacitar os profissionais de saúde para atendimento em respeito ao uso do nome social transgênero e travestis em serviço de saúde |

### 3.7. Diretriz Municipal VII

Ampliação da participação social visando a promoção da equidade em saúde.

#### 3.7.1. Objetivo Municipal

Ampliar a participação social com vistas ao aprimoramento do SUS.

| <b>METAS 2018-2021</b> |  |
|------------------------|--|
| <b>MM 1</b>            | Garantir o Fortalecimento da política de Educação Permanente para o controle social no Município.  |
| <b>MM 2</b>            | Fomentar a criação e implantação dos Conselhos Locais de Saúde garantindo parcerias para estruturação das atividades externas do conselho municipal de saúde |
| <b>MM 3</b>            | Garantir a realização das Conferências Municipais de saúde e a participação dos delegados nas etapas Estaduais e Nacionais                                   |
| <b>MM 4</b>            | Implantar Estratégia de Comunicação para o Controle Social através de mídias sociais.  |
| <b>MM 5</b>            | Garantir a Expansão, acessibilidade e fortalecimento da Ouvidoria Municipal de Saúde   |
| <b>MM 6</b>            | Promover a atualização da legislação do Conselho Municipal de Saúde.   |

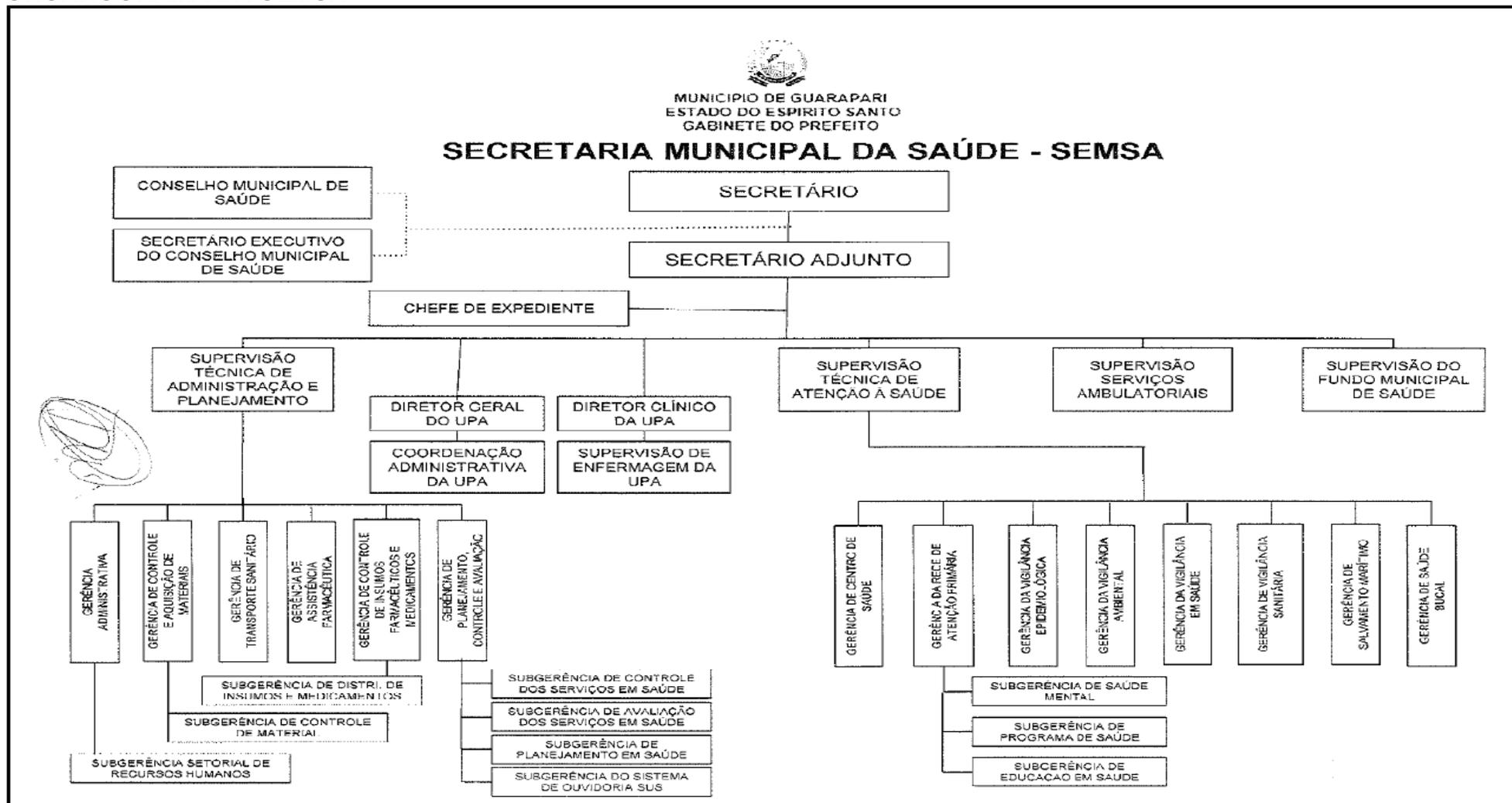


|              |  |
|--------------|--|
| <b>MM 7</b>  | Efetivar a criação, implantação e implementação dos conselhos locais de saúde, nas UBS dos territórios, UPA e afins. |
| <b>MM 8</b>  | Garantir a realização de seminários e fóruns temáticos de saúde  |
| <b>MM 9</b>  | Garantir a realização a cada 2 anos das conferencias temáticas de saúde  |
| <b>MM 10</b> | Garantir a efetivação do plano de capacitação dos conselheiros municipais de saúde                                   |



## ANEXO

### ORGANOGRAMA DA SEMSA



Lei Complementar n 102/2017, Publicada no Diário Oficial dos Municípios (DOM/ES) em 16/10/2017.



## LISTA DE MAPAS

MAPA 1 – Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Espírito Santo, 2011

MAPA 2 – Carta de limites do município e delimitação do perímetro urbano. Guarapari-ES, 2016

MAPA 3 – Pontos com a presença do *Aedes aegypti*. Guarapari, 2017

MAPA 4 – Pontos com a presença do *Cúlex*. Guarapari, 2017

MAPA 5 – Mapa de densidade populacional por setores. Guarapari, 2017

MAPA 6 – Mapa dos territórios sanitários de Guarapari-ES. Guarapari, 2017



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – População residente por ano. Guarapari, 2012-2016

TABELA 2 – População residente por faixa etária e sexo. Guarapari, 2015

TABELA 3 – Informações sobre nascimento nos últimos cinco anos. Guarapari, 2012-2016

TABELA 4 – Frequência por ano da notificação segundo agravos compulsórios. Guarapari, 2014-2016

TABELA 5 – Frequência de notificações de agravos compulsórios por território sanitário. Guarapari, 2016

TABELA 6 – Lista de bairros com maior frequência de notificações de agravos compulsórios. Guarapari, 2016

TABELA 7 – Quadro das principais infecções registradas. Guarapari, 2012-2016

TABELA 8 – Taxas de detecção de AIDS (por 100.000 habitantes), segundo Município de residência e período de diagnóstico. Espírito Santo, 2011-2015.

TABELA 9 – Quadro da cobertura vacinal por tipo de imunobiológico em menores de 1 ano. Guarapari, 2012-2016

TABELA 10 – Quadro de mortalidade geral por causas e ano do óbito. Guarapari, 2012-2016

TABELA 11 – Quadro da mortalidade proporcional por grupo de causas e faixa etária. Guarapari, 2012-2016

TABELA 12 – Mortalidade fetal por grupo de causas. Guarapari, 2012-2016

TABELA 13 – Mortalidade em menores de um ano por causas. Guarapari, 2012-2016

TABELA 14 – Animais Castrados – Guarapari, 2016

TABELA 15 – Quadro dos indicadores de Atenção Básica. Guarapari, 2012-2016

TABELA 16 – Quadro resumido da evolução em saúde. Guarapari, 2012-2016.



TABELA 17 – Quadro dos estabelecimentos de saúde por bairro. Guarapari, 2016.

TABELA 18 – Quadro do número de leitos por prestador. Guarapari, 2016

TABELA 19 – Quadro do número de leitos por prestador, segundo especialidade. Guarapari, 2016

TABELA 20 – atendimentos realizados pela UPA 24h. Guarapari, 2013-2016

TABELA 21 – Bairros com maior número de atendimentos na UPA-24h. Guarapari, 2013-2016

TABELA 22 – Quadro de profissionais por plantão na UPA-24h. Guarapari, 2017.

TABELA 23 – Quadro de detalhamento da programação de leitos do Hospital Francisco de Assis. Guarapari, 2016

TABELA 24 – Serviços de média complexidade ambulatorial – HFA. Guarapari, 2016

TABELA 25 – Serviços de média complexidade hospitalar – HFA. Guarapari, 2016

TABELA 26 – Movimento ambulatorial e hospitalar do HFA. Guarapari, 2015-2016

TABELA 27 – Quadro de atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros, segundo Grupo – Guarapari, 2013-2016

TABELA 28 – Índices de vulnerabilidade social no município – Guarapari, 1991-2010

TABELA 29 – Demonstrativo de participação do município no gasto público em saúde – Guarapari, 2011-2016.

TABELA 30 – Demonstrativo da aplicação de recursos próprios municipais em ações e serviços de saúde – Guarapari, 2011-2016.



## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Pirâmide etária relativa por sexo e idade. Guarapari, 2015

GRÁFICO 2 – Agravos notificados por território sanitário. Guarapari, 2016

GRÁFICO 3 – GRÁFICO 3 – Diagrama de controle da dengue segundo incidência. Guarapari, 2015-2016

GRÁFICO 4 – Diagrama de controle da dengue, segundo incidência. Guarapari, 2016-2017

GRÁFICO 5 – Incidência de sífilis adquirida por estado de residência e média. Brasil, 2015

GRÁFICO 6 – Taxa de incidência de sífilis em gestante por ano. Guarapari, 2010-2016

GRÁFICO 7 – Taxa de incidência de sífilis congênita por ano. Guarapari, 2010-2016

GRÁFICO 8 – Distribuição das principais infecções sexualmente transmissíveis. Guarapari, 2012-2016.

GRÁFICO 9 – Casos de HIV identificados por ano de diagnóstico e sexo. Guarapari, 2013-2016

GRÁFICO 10 – Distribuição das 10 principais causas de óbito (geral), por capítulos. Guarapari, 2012-2016

GRÁFICO 11 – Evolução das três principais doenças que mais causam óbitos. Guarapari, 2012-2016

GRÁFICO 12 – Distribuição de óbitos em menores de 1 ano por causas. Guarapari, 2012-2016

GRÁFICO 13 – Distribuição da população idosa. Guarapari, 2011-2015

GRÁFICO 14 – População idosa residente, por sexo. Guarapari, 2011-2015

GRÁFICO 15 – Primeira consulta odontológica programática. Guarapari, 2012-2015

GRÁFICO 16 – Ação coletiva de escovação dental supervisionada. Guarapari, 2012-2015



GRÁFICO 17 – Evolução do número de equipes de Estratégia de Saúde da Família.

GUARAPARI, 2016

GRÁFICO 18 – Cobertura de Atenção Básica por território sanitário. GUARAPARI, 2013-

2016

GRÁFICO 19 – Distribuição de leitos por especialidade. Guarapari, 2016

GRÁFICO 20 – Evolução dos atendimentos do SAMU 192, por tipo de agravo. Guarapari,

2013-2016

GRÁFICO 22 – Evolução do IDHM. Guarapari, 1991-2010

GRÁFICO 23 – Distribuição da renda domiciliar per capita, por quintos. Guarapari, 2010

GRÁFICO 24 – Taxas de atividade e desocupação da população acima de 18 anos.

Guarapari, 2010

GRÁFICO 25 – Fluxo escolar por faixa etária. Guarapari, 1991-2010

GRÁFICO 26 – Índices de escolaridade da população acima de 25 anos. Guarapari, 2010



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fluxograma de manejo clínico para sífilis

FIGURA 2 – Histórico de equipes de saúde bucal por modalidade. Guarapari, 2015

FIGURA 3 – Organograma de trabalho da vigilância em saúde

FIGURA 4 – Fatores ambientais de riscos biológicos

FIGURA 5 – Fatores de riscos não biológicos

FIGURA 6 – Tabela de análises de água no município de Guarapari, no ano de 2016.

Figura 7 – Organograma da estrutura da Vigilância Ambiental de Guarapari – Centro de Controle de Zoonoses

FIGURA 8 – Fluxo de trabalho da Vigilância Sanitária de Guarapari

FIGURA 9 – Histórico de cobertura de ESF – Guarapari, 2016

FIGURA 10 – Competência dos entes em relação aos medicamentos estratégicos. Brasília, 2016.

FIGURA 11 – Competência de cada esfera quanto aos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. Brasília, 2016

FIGURA 12 – Índices de pobreza e desigualdade no município. Guarapari, 2010



## LISTA DE SIGLAS

AA – Área Agrícola

AB – Atenção Básica

ACAPP – Área Contaminada por Acidente com Produto Perigoso

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AD – Área Desativada

ADRI – Área de Disposição de Resíduos Industriais

ADRU – Área de Disposição de Resíduos Urbanos

AI – Área Industrial

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AM – Área de Mineração

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

API – Avaliação do Programa de Imunização

APS - Atenção Primária à Saúde

BBM – Batalhão Bombeiro Militar

BCG - Bacilo de Calmette-Guérin

CAF – Central de Abastecimento Farmacêutica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas

CCZ – Centro de Controle de Zoonoses

CDP – Centro de Detenção Provisória

CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas



CEP – Código de Endereçamento Postal

CESAN – Companhia Espírito Santense de Saneamento

CGES - Coordenação-Geral de Economia da Saúde

CIA – Companhia

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIEVS - Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde

CIM-Expandida Sul – Consórcio Público Intermunicipal da Região Expandida Sul

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CN – Contaminação Natural

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente

CRM – Central de Regulação Municipal

CRE – Complexo Regulador Estadual

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DA – Depósito de Agrotóxicos

DAB - Departamento de Atenção Básica

DAF – Departamento Assistência Farmacêutica

DANT'S – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DDAHV - Departamento de. Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais

DF – Distrito Federal

DIO-ES – Diário Oficial do Estado do Espírito Santo

DOGES – Departamento de Ouvidoria Geral do SUS



DOM – Diário Oficial dos Municípios

DOU – Diário Oficial da União

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTP – Vacina Difteria, Tétano e Pertússis (Coqueluche)

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

EC – Emenda Constitucional

ES – Espírito Santo

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe da Estratégia de Saúde da Família

E-SUS – SUS Eletrônico

FJP – Fundação João Pinheiro

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FORMSUS - Serviço do DATASUS para a Criação de Formulários na WEB

FTA-ABS – Teste de Absorção de Anticorpos Treponêmico Fluorescente

GAB – Gabinete

GAL – Gerenciamento de Ambiente Laboratorial

GEVS – Gerência Estadual de Vigilância em Saúde

GM - Gabinete do Ministro

H1N1 - gripe A: doença aguda respiratória altamente contagiosa entre seres humanos

HEP – Hepatite

HFA – Hospital Francisco de Assis

HIB - Vacina contra Haemophilus Influenzae Tipo B

HIMABA – Hospital Estadual Infantil Alzir Bernardino Alves

HINSG – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

HIPERDIA – Hipertensos e Diabéticos



HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Human Papiloma Virus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IIMR – Instrumento de Identificação de Municípios de Risco

IJSN – Instituto Jones dos Santos Neves

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INCAPER – Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LC – Lei Complementar

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

LIRAA – Levantamento de Índice de Infestação Rápido Para Aedes Aegypti

MDDA – Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas

MI-Dengue – Monitoramento Inteligente da Dengue

MM – Meta Municipal

MS – Ministério da Saúde

MV 2000 - software de gestão hospitalar/regulação

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCE – Programa de Controle da Esquistossomose

PDI - Plano Diretor de Investimento



PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDVISA - Plano Diretor de Vigilância Sanitária

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PECD – Programa Estadual de Controle da Dengue

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNCD - Programa Nacional de Controle da Dengue

PNI – Programa Nacional de Imunização

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAA – Sistema de Abastecimento de Água

SADT - Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção a Saúde

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SE – Semana Epidemiológica

SEMSA – Secretaria Municipal da Saúde



SESA - Secretaria de Estado da Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIGSS – Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SINAVISA - Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIPNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SISÁGUA – Sistema de Monitoramento da Qualidade da Água

SISCAM - Sistema de Informação de Câncer em Mulheres

SISFAD – Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue

SISLOC – Sistema de Informação de Localidades

SISPACTO – Sistema de Acompanhamento do Pacto Pela Saúde

SISPNCD – Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-Natal

SISREG – Sistema de Regulação

SISSOLO - Sistema de Monitoramento da Qualidade do Solo

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SIVEP-DTA – Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão por Alimentos

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde



TABNET – Sistema de Tabulação pela Internet do Ministério da Saúde

TB - Tuberculose

TCU – Tribunal de Contas da União

TR – Teste Rápido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UF – Unidade da Federal

UPA-24h - Unidade de Pronto Atendimento de Vinte e Quatro Horas

UPAS – Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

VIGIAGUA - Vigilância da Qualidade de Água para Consumo Humano

VIGIAR – Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição do Ar

VIGIPEQ – Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos

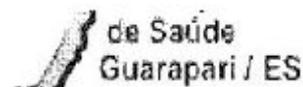
VIGISOLO – Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado

VISA - Vigilância Sanitária

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPARI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



de Saúde  
Guarapari / ES

**RESOLUÇÃO Nº. 002/2018**  
**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

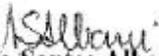
O Conselho Municipal de Saúde de Guarapari – ES, no uso de suas competências regimentais, conferidas pelas Leis Federais Nº 8080, de 19/09/1990, e 8142, de 28/12/1990, Lei 4194/2017 e Lei 4185/2017 e de acordo com a Seção III, Art. 23, Parágrafo 2º do Regimento Interno do CMS/ GRL, bem como prerrogativas regimentais de acordo com as disposições estabelecidas na Legislação Federal, na Resolução 453/12 do Conselho Nacional de Saúde e, ainda, em consonância com as deliberações da Plenária da 56ª Reunião Ordinária do CMS em 2018, realizada no dia 22 de Fevereiro de 2018.

**RESOLVE:**

**Art. 1º.** Aprovar Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

**Art. 2º.** Homologo a Resolução Nº. 002/2018, de 22 de fevereiro de 2018, nos termos da Lei Nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990 e de acordo com o contido no Decreto de Delegação de Competências 222, de 22 de março de 2005, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, de 10 de maio de 2005.

Guarapari, 22 de fevereiro de 2018.

  
**Alessandra Santos Albani**

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Guarapari



28/02/2018 (Quarta-feira)

DOM/ES - Edição Nº 959

Página 60

**RESOLUÇÃO 001.2018- PLANOS DE CONTINGÊNCIA**

Publicação Nº 123473

RESOLUÇÃO Nº. 001/2018

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde de Guarapari – ES, no uso de suas competências regimentais, conferidas pelas Leis Federais Nº 8080, de 19/09/1990, e 8142, de 28/12/1990, Lei 4194/2017 e Lei 4185/2017 e de acordo com a Seção III, Art. 23, Parágrafo 2º do Regimento Interno do CMS/GRI, bem como prerrogativas regimentais de acordo com as disposições estabelecidas na Legislação Federal, na Resolução 453/12 do Conselho Nacional de Saúde e, ainda, em consonância com as deliberações da Plenária da 56ª Reunião Ordinária do CMS em 2018, realizada no dia 22 de Fevereiro de 2018.

**RESOLVE:**

Art. 1º. Aprovar os Planos de Contingência de Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela.

Art. 2º. Homologo a Resolução Nº. 001/2018, de 22 de fevereiro de 2018, nos termos da Lei Nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990 e de acordo com o contido no Decreto de Delegação de Competências 222, de 22 de março de 2005, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, de 10 de maio de 2005.

Guarapari, 22 de fevereiro de 2018.

Alessandra Santos Albani

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Guarapari

**RESOLUÇÃO 002.2018- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Publicação Nº 123474

RESOLUÇÃO Nº. 002/2018

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde de Guarapari – ES, no uso de suas competências regimentais, conferidas pelas Leis Federais Nº 8080, de 19/09/1990, e 8142, de 28/12/1990, Lei 4194/2017 e Lei 4185/2017 e de acordo com a Seção III, Art. 23, Parágrafo 2º do Regimento Interno do CMS/GRI, bem como prerrogativas regimentais de acordo com as disposições estabelecidas na Legislação Federal, na Resolução 453/12 do Conselho Nacional de Saúde e, ainda, em consonância com as deliberações da Plenária da 56ª Reunião Ordinária do CMS em 2018, realizada no dia 22 de Fevereiro de 2018.

**RESOLVE:**

Art. 1º. Aprovar Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Art. 2º. Homologo a Resolução Nº. 002/2018, de 22 de fevereiro de 2018, nos termos da Lei Nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990 e de acordo com o contido no Decreto de Delegação de Competências 222, de 22 de março de 2005, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, de 10 de maio de 2005.

Guarapari, 22 de fevereiro de 2018.

Alessandra Santos Albani

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Guarapari

**RESOLUÇÃO 003.2018- PROJETO-NASF**

Publicação Nº 123476

RESOLUÇÃO Nº. 003/2018

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde de Guarapari – ES, no uso de suas competências regimentais, conferidas pelas Leis Federais Nº 8080, de 19/09/1990, e 8142, de 28/12/1990, Lei 4194/2017 e Lei 4185/2017 e de acordo com a Seção III, Art. 23, Parágrafo 2º do Regimento Interno do CMS/GRI, bem como prerrogativas regimentais de acordo com as disposições estabelecidas na Legislação Federal, na Resolução 453/12 do Conselho Nacional de Saúde e, ainda, em consonância com as deliberações da Plenária da 56ª Reunião Ordinária do CMS em 2018, realizada no dia 22 de Fevereiro de 2018.

**RESOLVE:**

Art. 1º. Aprovar o Projeto de Implantação do Núcleo de Atenção a Saúde da Família-NASF

Art. 2º. Homologo a Resolução Nº. 003/2018, de 22 de fevereiro de 2018, nos termos da Lei Nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990 e de acordo com o contido no Decreto de Delegação de Competências 222, de 22 de março de 2005, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, de 10 de maio de 2005.

Guarapari, 22 de fevereiro de 2018.

Alessandra Santos Albani

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Guarapari

**RESOLUÇÃO 004.2018- PLANOS DE ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA**

Publicação Nº 123477

RESOLUÇÃO Nº. 004/2018

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde de Guarapari – ES, no uso de suas competências regimentais, conferidas pelas Leis Federais Nº 8080, de 19/09/1990, e 8142, de 28/12/1990,