



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

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010 - 2013

Guarapari-ES
Novembro de 2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPARI

Edson Figueiredo Magalhães – Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Diana Márgara Raidan Chácara – Secretária

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ADJUNTA

Margarida Maria Pinto Neves – Secretária Adjunta

**Região Administrativa do Estado
Macrorregional de Saúde Centro***

Endereço da Prefeitura: Rua Alencar Moraes de Rezende, nº 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 microrregionais de acordo com o IBGE, não acompanhando a distribuição microrregional do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo.

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Carmem Lúcia Marques da Costa

GERÊNCIA DE AÇÕES EM SAÚDE
Rafael Spinassé

**GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA
AMBULATORIAL**
Suéllen Orletti Moraes

**GERÊNCIA SETORIAL DE
ADMINISTRAÇÃO**
Lenice Gomes da Silva

**GERÊNCIA DE SALVAMENTO
MARÍTIMO**
José Capistrano Filho

**SUBGERÊNCIA DO CENTRO DE
CONTROLE DE ZONÓSES**
Fernanda Fantinato Migliorini

**SUBGERÊNCIA DE VIGILÂNCIA
SANITÁRIA**
Murilo Tardin Alves

**SUBGERÊNCIA DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA**
Carla Cristina Partelli Peruzzo

**SUBGERÊNCIA DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**
Samara Naeme Sobreira

**SUBGERÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM
SAÚDE**
Patrícia Silva Brazil

**SUBGERÊNCIA DE UNIDADE
REGIONAL DE SAÚDE**
Thiers Ahouagi Amaral Milo

**SUBGERÊNCIA DE COORDENAÇÃO
REGIONAL DE SAÚDE**
Lilian Lemos da Silva

**SUBGERÊNCIA DE PRONTO
ATENDIMENTO**
Patrícia Oliveira Marques Lyra

SUBGERÊNCIA DE FARMÁCIA
Julio Cezar Gomes Pinto

SUBGERÊNCIA DE ODONTOLOGIA
Sônia Maria Romanelli

SUBGERÊNCIA DE LABORATÓRIO
Dalila Dalcolmo

**SUBGERÊNCIA DE APOIO
ADMINISTRATIVO**
Mariângela Serrano Oliveira

**SUBGERÊNCIA SETORIAL DE
SUPRIMENTOS**
Cintia Soares Teixeira

SUBGERÊNCIA DE TRANSPORTE
Sayonara Nagel

**SUBGERÊNCIA DE SALVAMENTO
MARÍTIMO**
Pedro Queiroz Gonçalves

**SUBGERÊNCIA DE ATENDIMENTO A
GRUPOS ESPECIAIS**
Ana Lucia Souza da Silva

**SUBGERÊNCIA DE SAÚDE DO
TRABALHO E RECUPERAÇÃO FÍSICA**
Willer Martins Bononi

**SUPERVISÃO DOS PROJETOS DE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**
Jacira Nascimento Santos

**SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM DO
PRONTO ATENDIMENTO**
Maria Aparecida dos Santos
Pietschmann

**SUPERVISÃO CLÍNICA DO PRONTO
ATENDIMENTO**
Carlos Augusto Matos Rocha

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
(Portaria SEMSA nº 043/2009, de 02 de Junho de 2009)

Técnicos

ANA LÚCIA SOUZA DA SILVA
CARLA CRISTINA PARTELLI PERUZZO
JACIRA NASCIMENTO SANTOS
JULIO CEZAR GOMES PINTO
LUCIANO MACHADO FERREIRA
OZEANE AGUIAR PIRES GONÇALVES
PATRÍCIA SILVA BRAZIL
SAMARA NAEME SOBREIRA
SUÉLLEN ORLETTI MORAIS

GRUPO DE TRABALHO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
(Resolução CMS nº 005/2009, de 23 de Abril de 2009)

Conselheiros

ALDA REGINA CASTRO
BRUNO BIASUTTI
IZAURA FERREIRA BERNARDINO
LEONTINO JOSÉ ARTHUR

ÍNDICE

ITEM	PÁGINA
1. APRESENTAÇÃO	08
ORGANOGRAMA	09
2. METODOLOGIA	10
3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	11
4. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO	12
4.1. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	13
4.1.1. PERFIL DEMOGRÁFICO	13
CRESCIMENTO POPULACIONAL DE GUARAPARI	13
PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO MUNICIPAL	14
POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETARIA E SEXO	16
INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO	17
MORTALIDADE PROPORCIONAL POR FAIXA ETARIA	19
MORTALIDADE PROPORCIONAL POR TODAS AS IDADES	20
TAXA BRUTA DE MORTALIDADE	21
4.1.2. PERFIL SOCIOECONÔMICO	22
INDICADORES DE ALFABETIZAÇÃO	23
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – IDH	24
ENTIDADES DE CLASSES E SIMILARES	25
4.1.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	30
MORTALIDADE	30
MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPO DE CAUSAS	30
MORTALIDADE EM MENORES DE UM ANO	33
MORBIDADE	34
4.1.4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	36

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	37
IMUNIZAÇÃO	40
PERFIL E TENDENCIAS DO HIV/AIDS E OUTRAS DST	42
CASOS DE AIDS SEGUNDO MUNICIPIO DE RESIDENCIA	44
GRAFICO DOS CASOS DE AIDS/MAIORES INCIDENCIAS	45
TAXAS DE INCIDENCIA DE AIDS (POR 100.000 HABIT.)	46
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	48
VIGILÂNCIA AMBIENTAL	50
4.1.5. ATENÇÃO BÁSICA	53
INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA	56
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	57
MAPA DOS TERRITORIOS SANITÁRIOS DE GUARAPARI	59
4.1.6. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	61
REDE AMBULATORIAL DO MUNICÍPIO	63
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II	65
CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO – CTA	66
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA – SAE	67
AGÊNCIA MUNICIPAL DE AGENDAMENTO – AMA	68
CENTRO DE HIDRATAÇÃO DA DENGUE	69
4.1.7. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	70
NUMERO DE HOSPITAIS E LEITOS POR NATUREZA	71
4.1.8. ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	72
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL	72
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA	74
4.1.9. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	76
4.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	78

4.3. GESTÃO EM SAÚDE	79
4.3.1. PLANEJAMENTO	79
4.3.2. DESCENTRALIZAÇÃO	80
4.3.3. FINANCIAMENTO	81
4.3.4. PARTICIPAÇÃO SOCIAL	82
4.3.5. GESTÃO DO TRABALHO	84
4.3.6. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	85
4.3.7. INFORMAÇÃO EM SAÚDE	86
4.3.8. INFRA-ESTRUTURA	88
5. SÍNTESE	88
6. EIXOS DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIOS (DIRETRIZES)	90
6.1. Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Município	90
6.2. Implementação da Assistência Farmacêutica	91
6.3. Implementação do Sistema de Vigilância em Saúde	93
6.4. Assistência Integral Ambulatorial Especializada	96
6.5. Gestão em Saúde	98
6.6. Aprimoramento da Gestão, Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos	99
6.7. Ampliação e Fortalecimento da Participação Social	100

1. APRESENTAÇÃO

Este Plano desenvolve orientações estratégicas com a finalidade de sustentar política, técnica e financeiramente as necessidades do município, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e inter-colaboração dos múltiplos setores da saúde.

É importante resgatar o significado estratégico da regionalização do sistema de serviços, bem como avançar no debate em torno das possibilidades de articulação entre as diversas alternativas de mudança na organização, no conteúdo e nas relações no âmbito das práticas de saúde.

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

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

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

ORGANOGRAMA

Secretário Municipal

Secretário Adjunto

**Conselho
Municipal de Saúde**

Chefia de Expediente

Assessoria Jurídica

Consultoria Técnica

**Núcleo de Informação e
Normatização das Ações em Saúde**

**Núcleo de Controle,
Avaliação e Auditoria**

**Supervisão dos
Projetos de ESF**

**Supervisão Clínica do
Pronto Atendimento**

**Supervisão de Enfermagem
do Pronto Atendimento**

**Gerência
Setorial de
Administração**

**Gerência
Vigilância em
Saúde**

**Gerência
De Ações em
Saúde**

**Gerência
Assistência
Ambulatorial**

**Gerência de
Salvamento
Marítimo**

Sub-Gerência
Setorial de Suprimentos
e Serviços Gerais

Sub-Gerência
de Apoio Administrativo

Sub-Gerência
de Transporte

Sub-Gerência
de Centro de Controle
de Zoonoses

Sub-Gerência
de Vigilância Sanitária

Sub-Gerência
de Vigilância
Epidemiológica

Sub-Gerência
de Saúde do Trabalho
e Recuperação Física

Sub-Gerência
Centro de Atenção
Psico -Social

Sub-Gerência de
Atendimento a Grupos
Especiais

Sub-Gerência de
Educação em Saúde

Sub-Gerência
de Pronto Atendimento

Sub-Gerência de
Unidade Regional de
Saúde

Sub-Gerência
de Coordenação Regional
de Saúde

Sub-Gerência de
Farmácia

Sub-Gerência de
Odontologia

Sub-Gerência de
Laboratório

Sub-Gerência
Salvamento Marítimo

2. METODOLOGIA

Como referências básicas para a elaboração deste plano foram utilizados os cadernos de saúde publicados pela Secretaria Estadual de Saúde; os relatórios da Etapa Municipal da 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 21 de julho de 2007; o Relatório da Conferência Municipal de Saúde, realizada em 25 e 26/09/2009; os Relatórios Municipais de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto Pela Saúde de 2007 e 2008, os Relatórios de Gestão (2006, 2007 e 2008); as Diretrizes Clínicas da coleção Uma Nova Saúde elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde; Leis, Portarias e Normas Regulamentadoras do Sistema Único de Saúde, bem como a Legislação pertinente de âmbito Municipal.

A construção do Plano Municipal de Saúde obedece às seguintes etapas:

Definição de responsabilidade a respeito do documento inicial e coordenação dos trabalhos;

Roda de discussão com a equipe, conselheiros de saúde e técnicos da secretaria municipal de saúde;

Elaboração do documento inicial;

Envio do documento consolidado ao Conselho Municipal de Saúde para submetê-lo a apreciação e aprovação, para que seja encaminhada finalmente a Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Espírito Santo.

3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Como muitas das cidades litorâneas brasileiras, Guarapari surgiu dos aldeamentos criados pelos Jesuítas com o objetivo de catequizar os índios. Em 19 de setembro de 1891 recebeu os foros de cidade, concedido pela lei estadual nº 28.

O Município está situado no litoral sul capixaba a 53 km da capital do estado possui uma área de 592 km² com uma população estimada de 111.095 habitantes de acordo com o IBGE estimativa de 2007.

Sua localização estratégica, litoral recortado e protegido naturalmente por diversas enseadas de águas calmas, Guarapari tornou-se um importante pólo 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. No contexto estadual, Guarapari é conhecida como “Cidade Saúde”. O município encontra-se em constante desenvolvimento onde diversos projetos de urbanização, saneamento e construção civil alavancam o crescimento urbanístico proporcionando assim a população uma melhor qualidade de vida.

4. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO

A análise situacional é o processo de identificação, formulação e priorização dos problemas da realidade do Município de Guarapari. Através deste capítulo, a Secretaria Municipal da Saúde buscou a identificação desses problemas e a definição das prioridades que nortearam o Plano Municipal de Saúde.

Em conformidade com o que está preconizado através da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, no § 5º do Artigo 1º, foram indicados como eixos orientadores da Análise Situacional do Município e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas do Plano Municipal de Saúde:

- **Condições de Saúde da População**, este eixo concentra os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;
- **Determinantes e Condicionantes de Saúde**, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade, e;
- **Gestão em Saúde**, onde estão compreendidos o planejamento, a descentralização e regionalização, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação em saúde, a infra-estrutura e a informação em saúde.

4.1. 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.

4.1.1. PERFIL DEMOGRÁFICO

O Plano Municipal de Saúde apresenta vários estudos que definem o perfil demográfico do Município, tais como o crescimento populacional, índice de envelhecimento, estrutura etária da população, a taxa de fecundidade, mortalidade proporcional por idade, a esperança de vida ao nascer e a taxa bruta de mortalidade.

CRESCIMENTO POPULACIONAL DE GUARAPARI

População Residente por ano		
Ano	População	Método
2007	111.095	Estimativa
2006	108.123	Estimativa
2005	105.120	Estimativa
2004	99.218	Estimativa
2003	96.616	Estimativa
2002	94.016	Estimativa
2001	91.469	Estimativa
2000	88.400	Censo
1999	79.629	Estimativa
1998	77.777	Estimativa
1997	75.925	Estimativa

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Taxa de crescimento anual estimada (%) (2000-2007)	2,90
--	------

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

O Município de Guarapari é o 8º do Estado do Espírito Santo em número de habitantes.

A atual população, segundo estimativas do IBGE-2007, é de 111.095 habitantes correspondendo a uma densidade demográfica de 187 hab/Km².

Macrozona de Proteção Natural

	Macrozona de Uso Extrativista e Rural
	Macrozona Urbana Ocupada
	Macrozona de Expansão Urbana
	Macrozona de Transição

Localização:

Altitude – 15 m

Latitude Sul – 20° 40' 15"

Longitude Oeste – 40° 29' 56"

Área total – 592 km²

Limites Municipais:

Município ao Norte – Vila Velha e Viana

Municípios a Noroeste – Domingos Martins e Marechal Floriano

A Leste – Oceano Atlântico

Município a Oeste - Alfredo Chaves

Município ao Sul – Anchieta

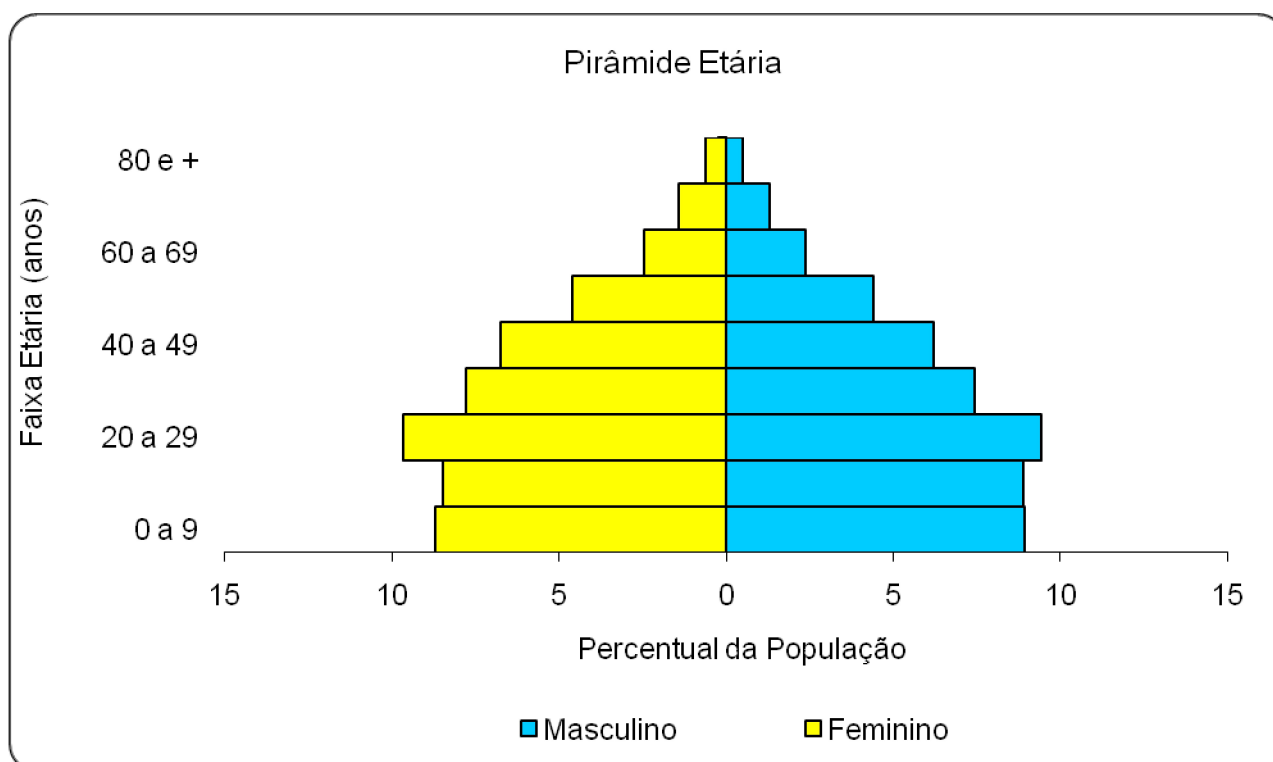
Distância da Capital – 53 km

POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETARIA E SEXO - 2007

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	Percentual
Menor de 01	998	956	1.954	1,8%
01 a 04	4.010	3.868	7.878	7,1%
05 a 09	4.914	4.852	9.766	8,8%
10 a 14	4.852	4.628	9.480	8,5%
15 a 19	5.026	4.801	9.827	8,8%
20 a 29	10.463	10.721	21.184	19,1%
30 a 39	8.268	8.630	16.898	15,2%
40 a 49	6.909	7.514	14.423	13,0%
50 a 59	4.902	5.118	10.020	9,0%
60 a 69	2.639	2.743	5.382	4,8%
70 a 79	1.456	1.595	3.051	12,8%
80 e +	538	694	1.232	1,1%
Ignorada	-	-	-	-
Total	54.975	56.120	111.095	100%

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Em relação à composição *Faixa Etária por Sexo*, o IBGE (Censos e Estimativas) 2007 demonstrou a existência de 54.975 homens (49,48%) e 56.120 mulheres (50,52%).



Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

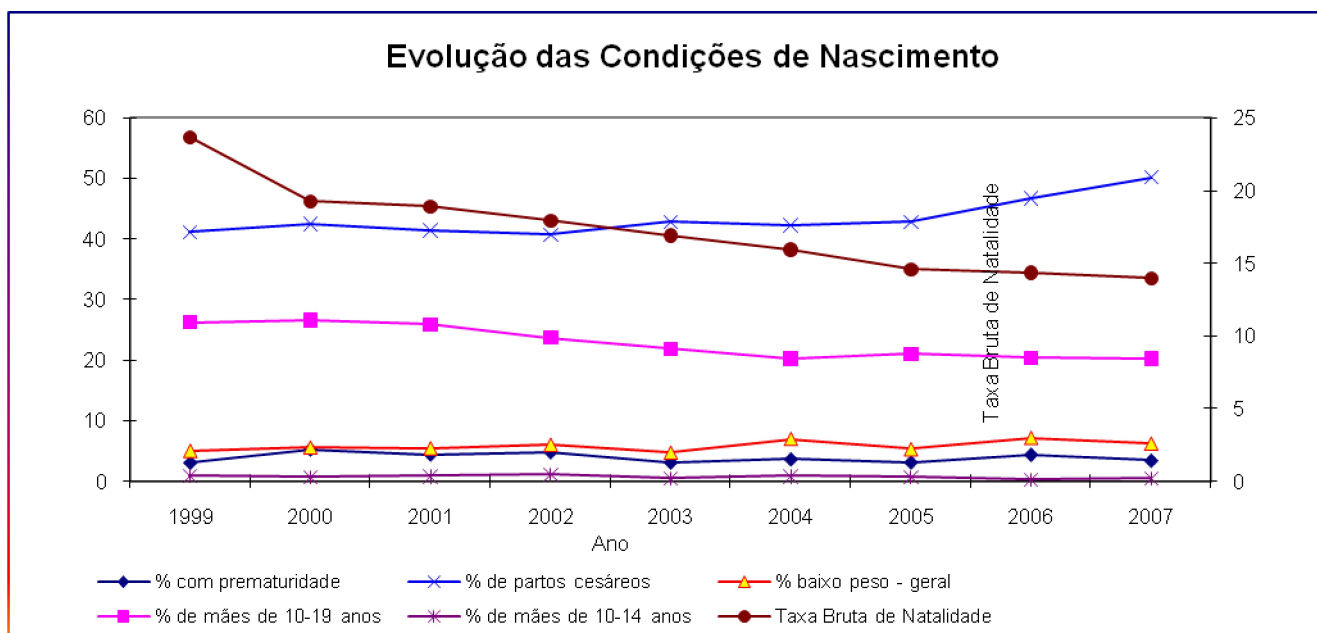
Considerando a *Pirâmide Etária* do Município, observa-se que ainda existe um estreitamento do ápice. No Plano Municipal de Saúde anterior (2006-2009) tal estreitamento foi observado e revela que há um discreto envelhecimento da população. A população jovem permanece em estágio de crescimento. Existe ainda um notável equilíbrio na distribuição por sexo.

INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO

Condições	2005	2006	2007
Número de nascidos vivos	1.533	1.553	1.553
Taxa Bruta de Natalidade	14,6	14,4	14,0
% com prematuridade	3,1	4,4	3,4
% de partos cesáreos	42,8	46,6	50,1
% de mães de 10-19 anos	21,0	20,3	20,2
% de mães de 10-14 anos	0,8	0,4	0,5
% com baixo peso ao nascer			
- geral	5,3	7,2	6,2
- partos cesáreos	6,6	9,0	5,4
- partos vaginais	4,4	5,6	7,0

Fontes: SESA-ES/GEPI/NAITS - SINASC Estadual, SEMSA-Vigilância Epidemiológica, 2007

O total de nascidos vivos no Município de Guarapari manteve-se estável nos anos de 2005 a 2007. Sendo a proporção dos Partos Cesáreos maiores em relação aos Partos Vaginais.



Fonte: SESA-ES/GEPMI/NAITS - SINASC Estadual

O coeficiente de natalidade geral para o município no ano de 2007 foi de 14 por 1000 habitantes (SEMSA, Vigilância Epidemiológica 2007).

Mulheres em idade fértil (10-49 anos), 2007	36.294
Proporção da pop. feminina em idade fértil, 2007 (%)	64,67

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

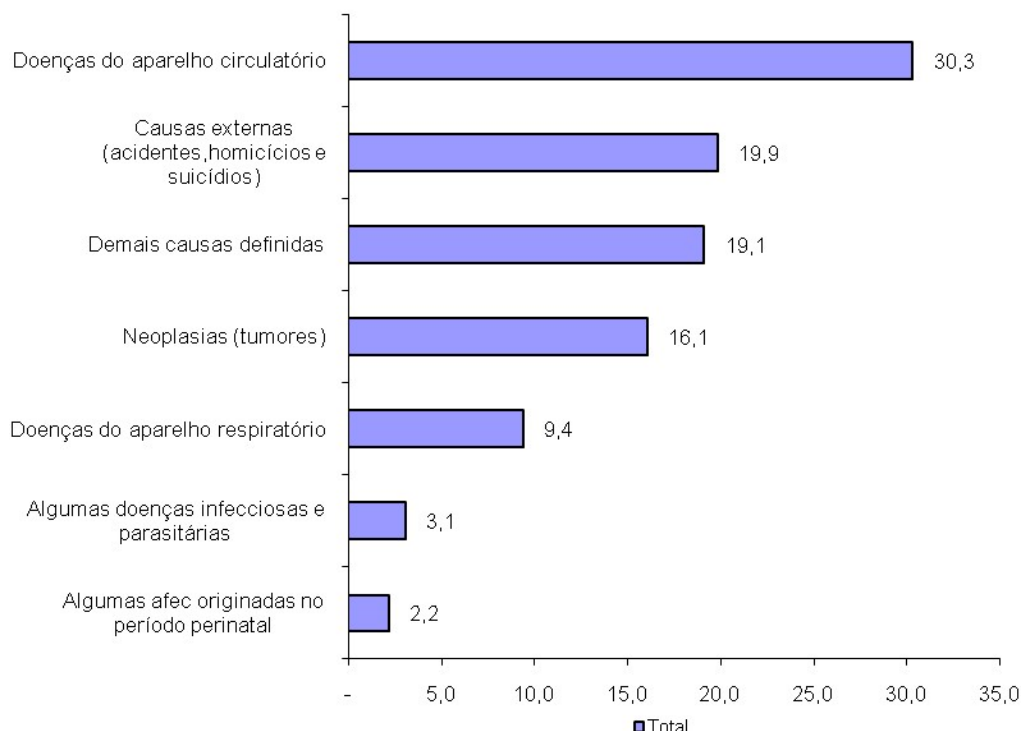
MORTALIDADE PROPORCIONAL POR FAIXA ETÁRIA - 2007

Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10
2007

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
Algumas afec originadas no período perinatal	63,2	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,3	-	20,0	-	-	3,7	4,8	1,6	1,7	3,1
Doenças do aparelho respiratório	5,3	33,3	-	-	-	2,2	4,8	16,3	14,8	9,4
Neoplasias (tumores)	-	-	-	100,0	-	11,2	21,8	17,9	18,2	16,1
Demais causas definidas	15,8	33,3	20,0	-	-	14,2	25,0	20,3	21,3	19,1
Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios)	10,5	-	60,0	-	100,0	50,7	7,3	4,4	4,8	19,9
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	17,9	36,3	39,4	39,2	30,3
Total	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SESA-ES/GEPDI/NASTS - SIM Estadual

Observação: Dados de mortalidade relativos a 2007 são preliminares.

Mortalidade Proporcional (todas as idades)**MORTALIDADE PROPORCIONAL POR TODAS AS IDADES**

Fonte: Semsa, Vigilância Epidemiológica, 2007

Considerando o perfil da mortalidade geral por grupos de causa de maior ocorrência no

CAUSAS DE MORTALIDADE	2005	2006	2007
Doenças do aparelho circulatório	33,7	29,80	30,3
Causas externas	21,2	18,9	19,9
Demais causas definidas	16,5	20,4	19,1
Neoplasias	13,8	16,9	16,1
Doenças do aparelho respiratório	9,3	8,4	9,4
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,9	3,5	3,1
Algumas afecções	1,6	2,1	2,2
Total	100	100	100

município foi possível identificar que os óbitos por doenças do aparelho circulatório, aparecem em primeiro lugar seguido de causas externas, demais causas definidas, neoplasias, doença do aparelho respiratório conforme tabela acima.

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE

Outros Indicadores de Mortalidade	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de óbitos	477	443	470	497	477	505	505	515	568
Coefficiente de Mortalidade Geral (por 1.000 hab.)	6,0	5,0	5,1	5,3	4,9	5,1	4,8	4,8	5,1
% óbitos por causas mal definidas	5,2	6,5	11,7	5,6	6,3	4,2	3,8	5,6	2,5
Total de óbitos infantis	26	17	28	24	14	16	17	14	19
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	1	2	3	2	-	-	-	1	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	5,5	3,8	6,0	4,8	2,9	3,2	3,4	2,7	3,3
% de óbitos infantis por causas mal definidas	3,8	11,8	10,7	8,3	-	-	-	7,1	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	13,8	10,0	16,2	14,2	8,6	10,1	11,1	9,0	12,2

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

**considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

Fonte: SESA-ES/GEPI/DI/NAITS - SIM e SINASC Estaduais

Observação: Dados de mortalidade relativos a 2007 são preliminares.

Sabe-se que os indicadores 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 e ambientais.

Os achados epidemiológicos oferecem evidências suficientes para a implementação de medidas de prevenção e controle.

4.1.2. PERFIL SOCIOECONOMICO

A economia de Guarapari está baseada nas atividades terciárias, devido principalmente ao volume de atividades turísticas, com uma vasta rede hoteleira, bons restaurantes e vida noturna agitada, especialmente durante a temporada de férias onde o município recebe milhares de turistas advindos de várias regiões brasileiras, onde predominam turistas do estado de Minas Gerais, Distrito Federal entre outros, o que impulsiona o avanço em infra-estrutura necessária para desenvolver as demais atividades econômicas. Em segundo lugar estão as atividades primárias, sendo responsável por 27% da renda interna do Município e tem na pesca sua melhor representação, a qual atende à demanda local e exporta o excedente de sua produção.

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

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

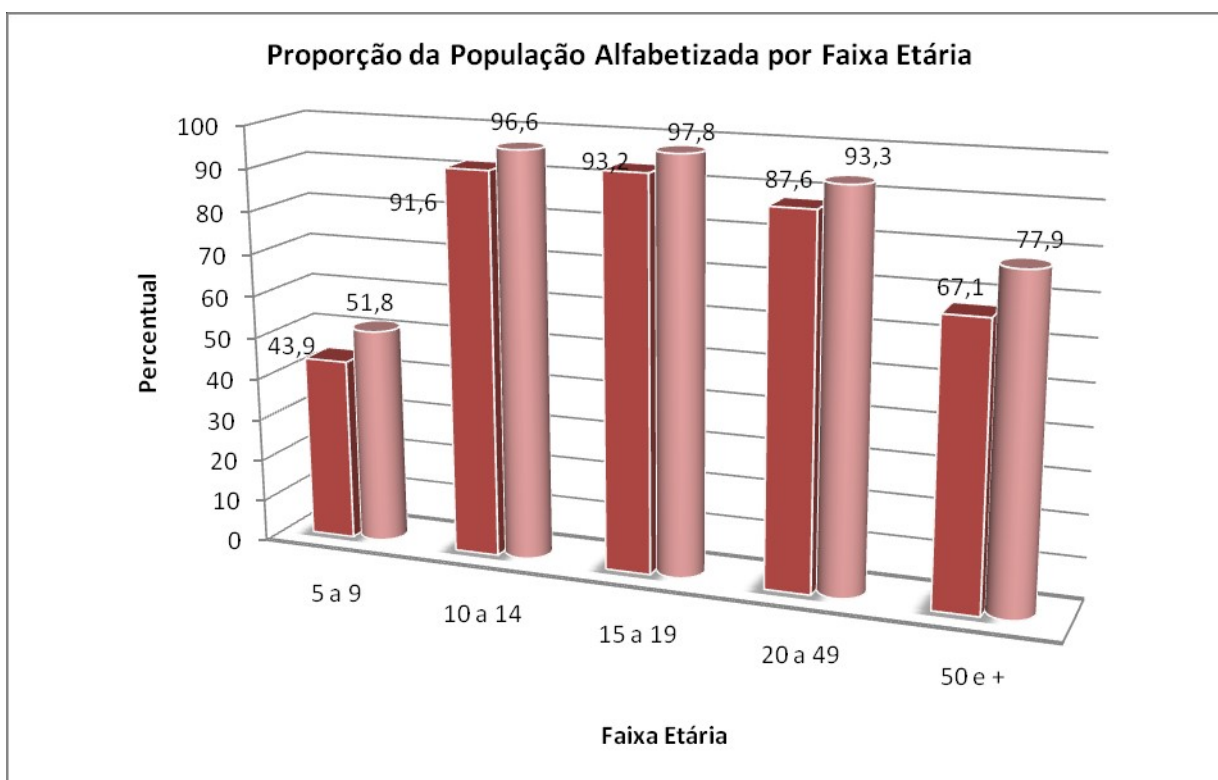
O modelo de desenvolvimento de Guarapari foi delineado com base na estimulação do setor turístico e na criação de condições favoráveis à diversificação da estrutura produtiva. Houve inicialmente ampliação dos atrativos de infra-estrutura turística e dos empregos nestas atividades (hotéis e restaurantes).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

A população do município possui um nível de renda e instrução semelhante à média registrada no Plano Estadual de Saúde.

INDICADORES DE ALFABETIZAÇÃO

Proporção da População Residente		
Alfabetizada por Faixa Etária		
Faixa Etária	1991	2000
5 a 9	43,9	51,8
10 a 14	91,6	96,6
15 a 19	93,2	97,8
20 a 49	87,6	93,3
50 e +	67,1	77,9
Total	80,2	87,4

Fonte: IBGE/Censos

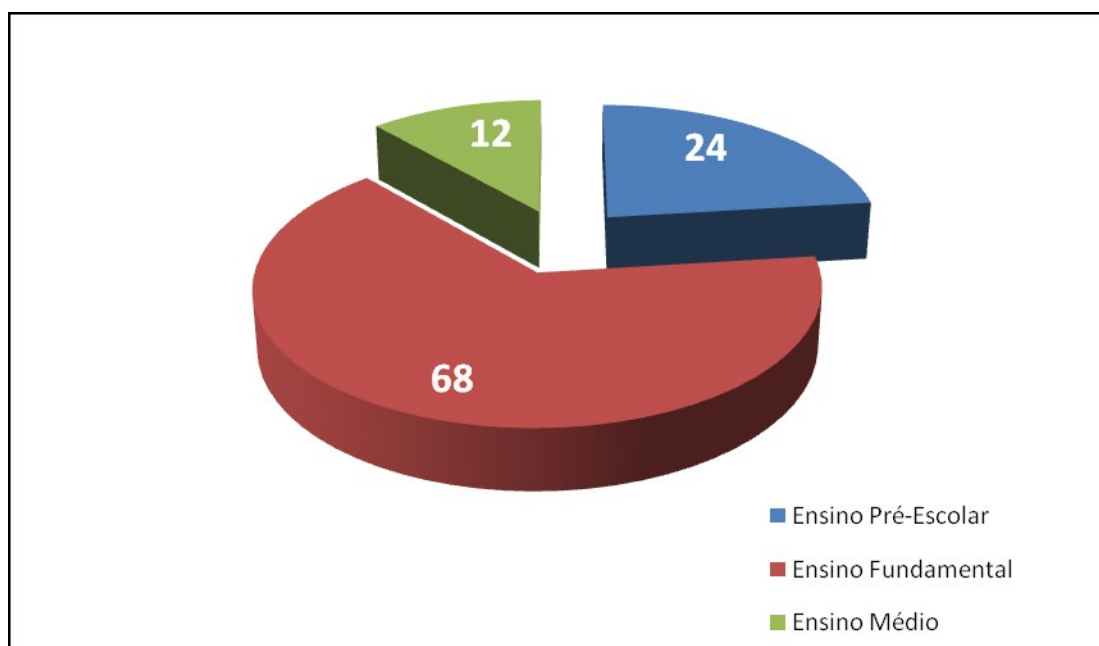


O município de Guarapari possui rede escolar formada por escolas estaduais, municipais e privadas que oferecem cursos desde o maternal e pré-escola até o 3º grau completo.

Número de Escolas por dependência administrativa em Guarapari-2008

	Federal	Estadual	Municipal	Particular	TOTAL
Educação Infantil	0	0	13	11	24
Ensino Fundamental	0	10	50	08	68
Ensino Médio	0	07	0	05	12
TOTAL	0	17	63	24	104

Fonte: SESA/SIM

**ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – IDH**

O IDH é um indicador do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Ele parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturas e políticas que influenciam a qualidade da vida humana.

Segundo a classificação do PNDU o município de Guarapari está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Em relação aos municípios brasileiros ocupa Colocação no *ranking* Nacional: 0,817 (em 5.507 municípios) considerada boa, acima da média nacional que é de 0,699 e estadual que é de 0,73, ocupando a quarta colocação no ranking estadual entre 77 municípios.

Existe no Município vários estabelecimentos e organizações não governamentais que geram serviços ligados à área de saúde, tais como hospitais, laboratórios. Outros destacam-se nas áreas de educação, cultura e economia, sendo importantes geradoras de emprego, a saber:

ENTIDADES DE CLASSES SOCIAIS E DEFESA DO CONSUMIDOR

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

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

1. AMAGUARAPARI- ASS. DOS MARICULTORES DE GUARAPARI
2. APROMAG – ASS. DOS PROD. MAN. ARTESANAIS DE GUARAPARI
3. APRUMG – ASS. DOS PRODUTORES RURAIS DO MUN. DE GUARAPARI
4. ASPOMIG – ASS. DOS POLICIAIS MILITARES DE GUARAPARI
5. ASS. DE MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE SÃO JOÃO DE JABOTI
6. ASS. MORADORES E PRODUTORES DE RIO GRANDE
7. ASS. MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE AMARELOS
8. ASS. MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE BUENOS AIRES
9. ASS. MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE RETA GRANDE
10. ASS. MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE RIO CALÇADO
11. ASS. MORADORES E PRODUTORES RURAIS DE RIO CLARO
12. ASSCAMARG – ASS. DOS CATADORES DE MATERIAL RECICLÁVEL DE GUARAPARI

13. COTRAG – COOPERATIVA DOS TRABALHADORES EM RECICLAGEM LIMPEZA E CONSERVAÇÃO DE GUARAPARI
14. SIND.DOS TRABALHADORES RURAIS DE GUARAPARI
15. SINDICG- SIND. DA IND. CONST. CIVIL DE GUARAPARI
16. SINDICOMÉRCIO – SIND. DOS LOJISTAS DO COMERCIO DE GUARAPARI
17. SINDIUPES- SIND. DOS PROFESSORES DO ES
18. SINTRAG- SIND. DOS TRABALHADORES DA PMG
19. ASSOCIAÇÃO DE EXPOSITORES DA FEIRA LIVRE
20. ASSOCIAÇÃO DAS FEIRAS LIVRES DE GUARAPARI

MOVIMENTO DE ENTIDADES EM ASSISTENCIA SOCIAL DE GUARAPARI

1. ASS. BOM DE BOLA CRAQUE NA ESCOLA
2. ASS. DOS MENINOS DE RUA DO BAIRRO IPIRANGA
3. ASS. SALVAMAR DE ASSIST. A CRIANÇA E O ADOLESCENTE
4. RECANTO DOS IDOSOS
5. ASSOCIAÇÃO EBENEZER DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
6. ASSOCIAÇÃO GUARÁ DE CAPOEIRA

MOVIMENTO DE ENTIDADES DE PORTADORES DE PATOLOGIAS E DEFICIENCIAS

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

MOVIMENTOS DE ENTIDADES RELIGIOSAS DE GUARAPARI

1. APEG – ASS. DE PASTORES EVANGÉLICOS DE GUARAPARI
2. CASA DE ORAÇÃO SAO FRANCISCO DE ASSIS
3. GRUPO ESPÍRITA ALLAN KARDEC
4. IGREJA BATISTA CENTRAL DE GUARAPARI
5. IGREJA EVANGÉLICA LUTERANA DO BRASIL
6. IGREJA MATRIZ N.S. DA CONCEIÇÃO

7. IGREJA PRESBITERIANA DO BRASIL EM GUARAPARI
8. NA – NARCÓTICOS ANONIMOS
9. OS DESBRAVADORES
10. PASTORAL CARCERÁRIA E PASTORAL DO MENOR
11. PASTORAL DA CRIANÇA
12. PRIMEIRA IGREJA BATISTA DE GUARAPARI
13. SDC - SERVOS DE CRISTO

MOVIMENTO DE ENTIDADES COMUNITÁRIAS DE GUARAPARI

1. AAGUA ASSOCIAÇÃO AMBIENTALISTA DE GUARAPARI
2. ABAPG–ASS. DOS BENEF. APOSENT. E PENSIONISTAS DE GUARAPARI
3. AMAFONTE - ASS. MORADORES E AMIGOS DO CAMINHO DA FONTE
4. ASS. DE PAIS E ALUNOS DA ESCOLA COSTA E SILVA
5. ASS. DOS QUIOSQUEIROS DA PRAIA DO MORRO
6. ASS. JRD. STA ROSA E JRD EUROPA
7. ASS. MORADORES B. NOSSA S. DA CONCEIÇÃO
8. ASS. MORADORES DA ENSEADA AZUL
9. ASS. MORADORES DA PRAIA DO MORRO
10. ASS. MORADORES DE ANDANO
11. ASS. MORADORES DE BARRO BRANCO
12. ASS. MORADORES DE CAMURUGI
13. ASS. MORADORES DE ELZA NADER
14. ASS. MORADORES DE JABARAI
15. ASS. MORADORES DE MEAÍPE
16. ASS. MORADORES DE OLARIA
17. ASS. MORADORES DE PARAÍSO SAMAMBAIA
18. ASS. MORADORES DE PATURÁ
19. ASS. MORADORES DE PEROCÃO
20. ASS. MORADORES DE PONTAL DE SANTA MONICA
21. ASS. MORADORES DE PORTAL CLUB
22. ASS. MORADORES DE PRAIA DO MORRO
23. ASS. MORADORES DE SÃO GABRIEL
24. ASS. MORADORES DE SÃO JUDAS TADEU
25. ASS. MORADORES DE STA MÔNICA

26. ASS. MORADORES DE UNA
27. ASS. MORADORES DE VILLAGE DO SOL
28. ASS. MORADORES DO BAIRRO ADALBERTO SIMÃO NADER
29. ASS. MORADORES DO BAIRRO BELA VISTA
30. ASS. MORADORES DO BAIRRO DE JABOTICABA
31. ASS. MORADORES DO BAIRRO KUBSTCHECK
32. ASS. MORADORES DO BAIRRO SANTA MARGARIDA
33. ASS. MORADORES DO BAIRRO SÃO JOSÉ
34. ASS. MORADORES DO CENTRO
35. ASS. MORADORES DO COROADO
36. ASS. MORADORES DO IPIRANGA
37. ASS. MORADORES DO MORRO DA CAIXA D'AGUA
38. ASS. MORADORES E AMIGOS DO ITAPEBUSSU
39. ASS. MORADORES IGUAPE
40. ASS. MORADORES LAGOA DOURADA EM AMARELOS
41. ASS. MORADORES SÃO MIGUEL
42. ASS. MORADORES TODOS OS SANTOS
43. CJB – CONEXÃO JOVEM BRASIL
44. COOPERATIVA HABITACIONAL METODISTA
45. FEDERAÇÃO DAS ASS. DE MORADORES E MOV. POPULARES DE GUARAPARI
46. MOVIMENTO COMUNITÁRIO DE LAGOA FUNDA
47. MOVIMENTO COMUNITÁRIO DO BAIRRO IPIRANGA
48. MOVIMENTO COMUNITÁRIO DO SOL NASCENTE
49. MOVIMENTO SOLIDÁRIO STA MÔNICA
50. SOCIEDADE AMIGOS DE SETIBA

MOVIMENTO DE ENTIDADES AMBIENTALISTAS

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

MOVIMENTO DE ENTIDADES DE APOIO E SERVIÇOS DE GUARAPARI

1. ASS. COMERCIAL DE GUARAPARI
2. ASS. DE HOTÉIS E TURISMO DE GUARAPARI
3. ASS. DOS ARTESÃOS DA PRAIA DA AREIA PRETA
4. ASS. DOS CORRETORES DE IMÓVEIS
5. CENTRO DE ENSINO E ARTES
6. CLUBE DA AMIZADE
7. CLUBE DA MELHOR IDADE
8. COLONIA DE PESCADORES
9. COMTUR-COMISSÃO MUNICIPAL DE TURISMO
10. CONS. MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
11. CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
12. CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO
13. CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER
14. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
15. CONSELHO MUNICIPAL DE HABITAÇÃO
16. CONSELHO JOVEM DE SANTA MONICA
17. CONSELHO TUTELAR DE GUARAPARI
18. FACULDADE J. SIMÕES
19. FIPAG – FACULDADES INTEGRADAS PADRE ANCHIETA DE GUARAPARI
20. LIONS CLUBE DE GUARAPARI
21. LOJA MAÇÔNICA ACÁCIA DE GUARAPARI
22. LOJA MAÇÔNICA RETIDÃO E JUSTIÇA
23. O.A.B SECCIONAL GUARAPARI
24. ROTARACT CLUB
25. ROTARY CLUB DE GUARAPARI
26. SECOHTUR
27. SINDICATO DOS LOJISTAS E DO COM. DE GUARAPARI
28. SINDICOMÉRCIO
29. SINTRACONST – SINDICATO DOS TRAB. NA IND. DA CONST. CIVIL
30. ASSOCIAÇÃO LITORAL CENTRO SUL DE CONTABILISTAS

4.1.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

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

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

MORTALIDADE

O município descentralizou o Sistema de Informação Sobre Mortalidade em Janeiro de 2003, passando a controlar o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade).

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPO DE CAUSAS

Causas de Mortalidade	2005	2006	2007
Doenças do aparelho circulatório	33,7	29,80	30,3
Causas externas	21,2	18,9	19,9
Demais causas definidas	16,5	20,4	19,1
Neoplasias	13,8	16,9	16,1
Doenças do aparelho respiratório	9,3	8,4	9,4
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,9	3,5	3,1
Algumas afecções	1,6	2,1	2,2
Total	100	100	100

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 e ambientais.

As doenças do aparelho circulatório compreendem a principal causa de morte da população residente no município dos 20 anos até maiores de 60 anos. Perfazendo um total de 30,3% do coeficiente de mortalidade, seguidas de causas externas que englobam acidentes, homicídios e suicídios. Perfazendo um total de 19,9% da mortalidade do município.

Considerando o perfil da mortalidade geral por grupos de causa de maior ocorrência no município foi possível identificar que os óbitos por doenças do aparelho circulatório, aparecem em primeiro lugar, seguidos de causas externas; demais causas definidas; neoplasias e doenças do aparelho respiratório, conforme tabela acima.

A principal causa de morte em menores de 1 (um) ano, são algumas afecções originadas no período perinatal, perfazendo um total de 2,2% do total de mortalidades do município de Guarapari.

Os achados epidemiológicos oferecem evidências suficientes para a implementação de medidas de prevenção e controle.

Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas

(por 100.000 habitantes)

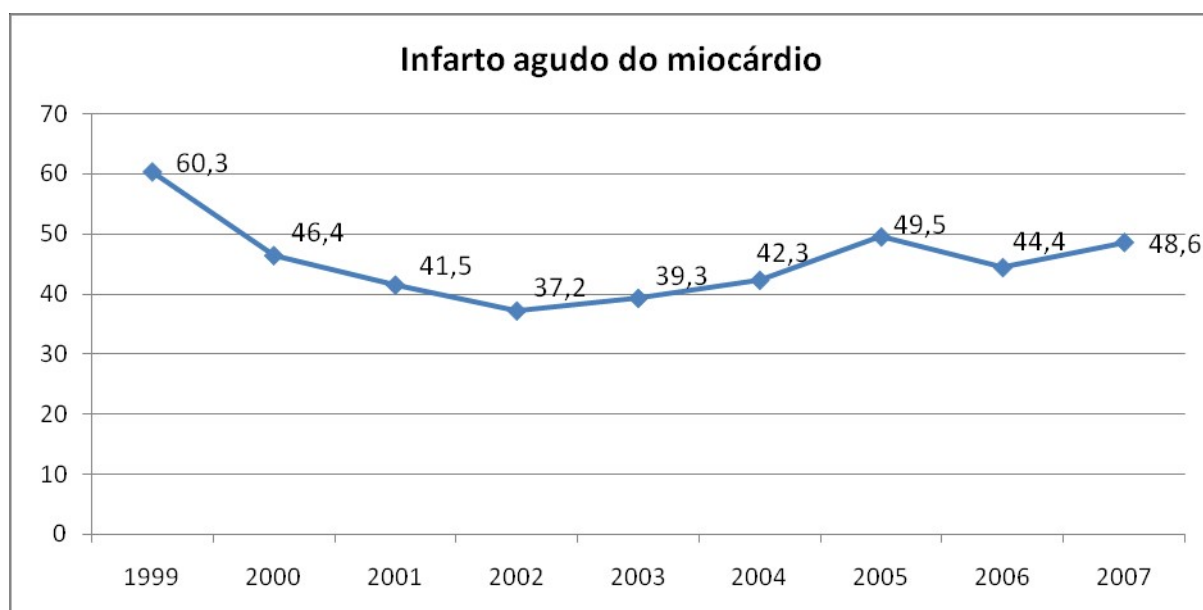
Causa do Óbito	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aids	5,0	5,7	3,3	7,4	5,2	9,1	3,8	5,5	4,5
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	2,5	4,5	8,7	4,2	4,1	14,1	3,8	5,5	12,7
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	2,5	4,5	4,4	6,4	8,3	4,0	-	3,7	1,8
Infarto agudo do miocárdio	60,3	46,4	41,5	37,2	39,3	42,3	49,5	44,4	48,6
Doenças cerebrovasculares	59,0	58,8	54,7	71,3	60,0	49,4	45,7	30,5	36,0
Diabetes mellitus	18,8	31,7	20,8	29,8	27,9	26,2	24,7	23,1	33,3
Acidentes de transporte	32,7	29,4	29,5	38,3	17,6	26,2	35,2	25,9	28,8
Agressões	80,4	48,6	44,8	56,4	40,4	51,4	40,9	36,1	50,4

Fonte: SESA-ES/GEPDI/NASTS - SIM Estadual

Observação: Dados de mortalidade relativos a 2007 são preliminares.

O quadro acima relata visivelmente que uma das maiores causas de mortalidade do município de Guarapari, é o Infarto Agudo do Miocárdio. Seguido das doenças cerebrovasculares e logo após pelo Diabetes Mellitus.

Evolução dos Óbitos em Guarapari por Infarto Agudo do Miocárdio ao longo dos anos



Fonte: SESA-ES/GEPDI/NASTS - SIM Estadual

Observação: Dados de mortalidade relativos a 2007 são preliminares.

MORTALIDADE EM MENORES DE UM ANO

Causas de Mortalidade em Menores de Um Ano	2005	2006	2007
Algumas afecções originadas no período perinatal	47,1	76,9	63,2
Demais causas definidas	35,3	15,4	15,8
Causas externas	5,9	-	10,5
Doenças do aparelho respiratório	-	7,7	5,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,9	-	5,3
Neoplasias (Tumores)	5,9	-	-

A principal causa morte dos menores de um ano entre os anos de 2005, 2006 e 2007, foram as afecções originadas no período perinatal que compreende o acometimento do organismo ou distúrbio das funções fisiológicas ou psíquicas, seguidas das demais causas definidas; causas externas; doenças do aparelho respiratório; algumas doenças infecciosas e parasitárias e, por fim, neoplasias.

Mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos		
2005	2006	2007
11,1	9,0	12,2

Fonte Sim/Sinasc

As taxas de mortalidade infantil podem ser classificadas em altas (50 óbitos ou mais por 1000 nascidos vivos), médias (20 a 49 óbitos por 1000 nascidos vivos) e baixas (menos de 20 óbitos por 1000 nascidos vivos). Apesar de os indicadores oscilarem, mantendo uma média de 10 óbitos por ano, conclui-se, portanto, que o Município de Guarapari possui baixa taxa de mortalidade infantil.

MORBIDADE

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10
(por local de residência)
2007

Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	5,4	51,8	25,7	-	-	-	19,3
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	19,2	34,0	36,3	22,7	14,5	15,8	8,4	9,6	8,7	15,8
X. Doenças do aparelho respiratório	26,3	35,8	19,7	12,4	6,4	8,3	12,5	22,1	20,6	12,2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,4	3,5	5,6	10,3	12,0	14,2	6,8	5,2	5,3	10,9
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,5	6,7	10,3	7,6	3,4	10,2	15,2	8,1	10,0	9,5
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,4	0,7	0,4	1,6	0,9	6,0	22,0	21,0	21,9	8,3
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,4	6,4	10,7	13,5	4,5	6,9	5,3	5,9	5,3	6,5
II. Neoplasias (tumores)	-	0,7	2,1	13,5	1,8	3,5	9,2	7,7	7,8	4,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,4	1,4	1,7	0,5	1,2	1,6	5,4	5,6	5,4	2,3
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	0,3	0,8	4,7	6,2	6,0	1,7
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	0,5	1,0	2,6	1,1	-	0,2	1,6
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tec. conjuntivo	-	0,4	1,3	3,8	0,6	1,3	3,3	1,2	1,7	1,5

XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	39,3	0,7	-	-	-	-	-	0,1	0,1	1,3
VI. Doenças do sistema nervoso	2,7	1,8	3,0	1,1	0,1	0,7	1,5	3,3	2,7	1,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,4	1,4	0,9	0,5	0,1	0,8	1,9	2,3	2,1	1,0
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5,4	3,5	5,6	4,3	0,7	0,2	0,2	0,1	0,2	0,8
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	0,4	0,9	0,5	0,1	0,7	1,1	0,8	0,9	0,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	1,4	0,9	0,5	0,6	0,5	0,8	0,4	0,6	0,5
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	0,7	0,9	1,1	-	0,3	0,5	0,4	0,3	0,3
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,4	0,4	-	-	-	0,0	-	-	-	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS

As três maiores causas de morbidade no município de Guarapari são: a gravidez, o parto e o puerpério, seguidas das Doenças Infecciosas Parasitárias e das Doenças Respiratórias.

O estudo da morbidade geral do município de Guarapari nos anos de 2005, 2006 e 2007, foi avaliado através da taxa de ocorrência das doenças de notificação compulsória de importância epidemiológica.

4.1.4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A prática da vigilância epidemiológica, com as características atuais, teve início na Europa, no século XIX, a partir da organização do campo da saúde pública e de modelos de registro e classificação de doenças. Tinha como propósito a identificação precoce das epidemias com grande potencial de difusão e de letalidade que acompanharam a urbanização e a etapa inicial da industrialização na Europa, procurando proteger a vida e os interesses dos grupos sociais dominantes, que precisavam de tempo para se afastarem das cidades em perigo. (W. FARR). No Brasil, a primeira experiência de abrangência nacional de um sistema de informação concebido para vigilância articulado com ações programáticas de controle de um agravo ocorreu no Programa Nacional de Erradicação da Varíola.

A vigilância - entendida como um componente de informação em saúde que deveria permear todo o sistema - foi definida por Langmuir (1963) como sendo a “análise atualizada e contínua da distribuição e tendência da incidência, através da coleta, consolidação e avaliação sistemáticas dos registros de morbidade, mortalidade e outros dados relevantes”.

Considerando a vigilância como uma função da saúde pública e, portanto, distinta da epidemiologia, que deve ser entendida como disciplina científica, Thacker & Berkelman (1988), enfatizaram a relevância de se utilizar o termo vigilância em saúde pública (VSP), em lugar de vigilância epidemiológica.

A construção do Sistema de Vigilância em Saúde do Brasil é um processo que acompanha o projeto da Reforma Sanitária e da construção social do SUS – o Sistema Único de Saúde do Brasil. Em resposta à crise sanitária, o Governo Federal deu início a um processo de racionalização técnica e de extensão de cobertura das ações básicas de saúde e da atenção médica. Em 1973 criou o Programa Nacional de imunizações, e em

1975 implantou o Sistema Nacional de Saúde com seus componentes, o Sistema de Vigilância Epidemiológica, o Sistema de Vigilância Sanitária e o Sistema de Informação de Mortalidade, todos de abrangência nacional, coordenados por área técnica do Ministério da Saúde e com participação das instituições dos três níveis de governo.

Nesta perspectiva de vigilância, um processo importante para a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância da Saúde foi a implantação do SINAN – Sistema Nacional de Agravos Notificáveis.

A fim de demonstrar um real perfil epidemiológico do Município, a Secretaria Municipal da 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.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Secretaria Municipal da Saúde conta com a Divisão de Vigilância Epidemiológica, por onde são gerenciados os sistemas de informação (SIM, SINASC, SINAN, HIPERDIA, SIAB, SISPRÉNATAL e SISVAN), e que vem se estruturando no sentido de estar implementando 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.

**Casos Confirmados de Algumas das Principais
Doenças de Notificação Compulsória**

Agravo	Períodos		
	2006	2007	2008
AIDS	-	03	09
Coqueluche	-	02	-
Dengue	02	427	1686
Doença de Chagas	-	-	-
Doenças Exantemáticas	-	05	-
Esquistossomose	-	-	-
Hanseníase	24	25	37
Hepatite Viral	-	01	17
Intoxicação por Agrotóxico	-	-	-
Leishmaniose Tegumentar Americana	-	04	-
Leptospirose	-	-	01
Malária	-	01	-
Meningite	-	-	-
Sífilis Congênita	-	04	02
Sífilis em Adulto	-	-	-
Tétano Acidental	-	-	-
Tuberculose	23	23	14

Fonte: SESA/SINAN

O quadro apresenta uma série histórica de 2006 a 2008 com a evolução das principais doenças imunopreveníveis e doenças transmissíveis no Município de Guarapari.

Em relação ao número de Casos confirmados, a Dengue foi a que apresentou nos últimos anos resultados mais críticos, saltando de 02 casos em 2006 para 1.686 em 2008. Tal disparidade revela uma necessidade de maior empenho da SEMSA nos trabalhos de conscientização da população e divulgação das atitudes corretas de prevenção da doença por parte da população. Estudos revelam que os principais focos de desenvolvimento do mosquito transmissor da dengue concentram-se nos bairros onde há locais particulares de muito acúmulo de lixo e casas fechadas, tais como os bairros Ipiranga, Itapebussu e Praia do Morro.

O registro de casos de hanseníase vem aumentando consideravelmente, reflexo do intenso trabalho dos profissionais na prevenção e recuperação do abandono de tratamento, campanhas realizadas e descentralização das ações junto às equipes de PACS/PSF, melhorando também o percentual de saídas por cura, atingindo em 2004 o percentil de 92% de cura, acima da meta preconizada pelo MS. O município de Guarapari apresentou em 2008, segundo dados (SINAN-2008) 37 novos casos confirmados de hanseníase, perfazendo uma taxa **3.3:10.000**. De acordo com os parâmetros da Organização Mundial de Saúde, em que considera a variação de 2,0 a 3,9 como **taxa muito alta**, o Município de Guarapari apresenta um quadro de detecção que demonstra a necessidade de dar continuidade ao trabalho de prevenção como forma de reduzir os índices da hanseníase enquanto problema de saúde pública.

A tuberculose, mostra-se com o número de casos novos diagnosticados a cada ano oscilante, saltando de 23 casos em 2006 para 14, em 2008.

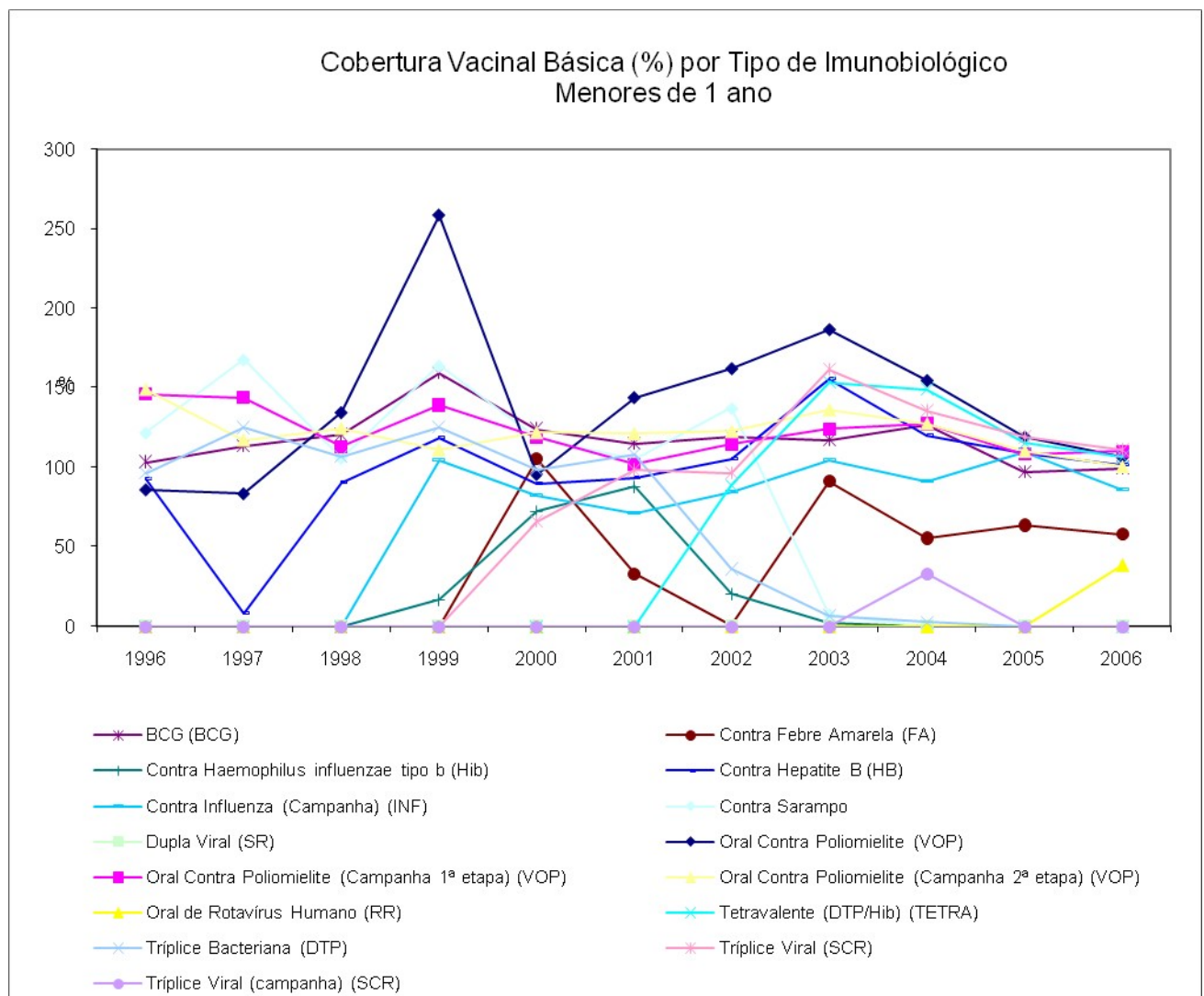
Considerando que o município de Guarapari não é endêmico para Malária, é necessário ressaltar que o caso apresentado, após investigação, foi importado de outro município.

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) apresentou anualmente um pico de registro muito, partindo de nenhum caso em 2006 para 04, em 2007. Essa subida abrupta no índice foi uma situação nova que merece estudo mais apurado, já que demonstrou uma elevação considerável e que causou forte impacto negativo nas ações profiláticas da vigilância entomológica em áreas de foco, no controle dos hospedeiros domésticos e nas ações de educação em saúde e mobilização social.

IMUNIZAÇÃO**Cobertura Vacinal (%) por Tipo de Imunobiológico
Menores de 1 ano**

Imunobiológicos	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BCG (BCG)	103,3	113,3	120,6	159,5	124,2	114,8	119,4	117,0	127,1	97,2	99,5	83,0
Contra Febre Amarela (FA)	-	-	-	-	105,3	33,1	0,6	91,2	55,7	63,6	58,0	18,3
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	-	-	-	16,9	72,7	87,9	20,5	2,4	-	-	-	-
Contra Hepatite B (HB)	92,5	8,2	90,2	118,9	89,5	93,3	105,2	155,7	120,4	109,2	101,4	84,9
Contra Influenza (Campanha) (INF)	-	-	-	104,6	82,3	71,3	84,4	104,7	91,2	109,7	86,3	90,9
Contra Sarampo	121,8	167,8	106,0	163,8	118,5	105,3	137,2	7,3	-	-	-	-
Dupla Viral (SR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oral Contra Poliomielite (VOP)	86,1	83,6	134,5	258,6	95,7	143,9	162,1	186,7	154,7	119,1	106,4	92,9
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	146,0	143,8	113,1	139,1	119,1	102,1	114,8	124,2	127,6	108,5	110,0	84,4
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	148,9	117,3	124,6	111,2	121,8	121,2	122,6	136,2	127,6	110,4	100,6	108,5
Oral de Rotavírus Humano (RR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38,5	78,3
Tetralente (DTP/Hib) (TETRA)	-	-	-	-	-	-	88,8	153,5	149,1	115,4	106,8	90,8
Tríplice Bacteriana (DTP)	96,4	124,8	106,5	125,0	98,7	107,6	36,4	7,0	3,0	-	-	-
Tríplice Viral (SCR)	-	-	-	-	66,2	98,7	96,6	161,7	136,0	119,3	111,2	97,5
Tríplice Viral (campanha) (SCR)	-	-	-	-	-	-	-	-	33,0	-	-	-

Fonte: SI/PNI - ES



Fonte: SI/PNI - ES

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

Além das vacinações de rotina, são realizadas anualmente 02 campanhas nacionais de vacinação, cujo carro chefe é a Vacinação contra a Poliomielite, alcançando elevados índices de cobertura. São também aplicados simultaneamente outros tipos de vacinas, dentro do perfil epidemiológico do município.

Na vacinação de rotina, o Município de Guarapari tem conseguindo boas coberturas vacinais. Em 2002 foi implantada pelo Ministério da Saúde a vacina Tetravalente

-(DTP+HIB) para menores de 1 ano. Nos primeiros meses do ano de 2002 o Estado teve problemas com o abastecimento da vacina Contra Haemophilus Influenzae Tipo b, tornando insuficiente para cobrir aos municípios gerando assim baixa nas coberturas da vacina.

A cobertura da vacinação contra o Sarampo piorou em 2003, em virtude da mudança no calendário vacinal. Em 2002, os municípios foram informados que a partir de 2003, a vacina contra o Sarampo aplicada em crianças com 09 meses de idade sairia do calendário e seria antecipada a vacinação com a Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola) de 15 meses para os 12 meses. Em atendimento a mudança do calendário, baixou-se a cobertura contra o Sarampo, no entanto, levando em consideração que o objetivo de manter a população infantil imunizada contra o Sarampo, a ação de imunização contra o Sarampo foi cumprida.

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

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

PERFIL E TENDÊNCIAS DO HIV/AIDS E OUTRAS DST

O Município de Guarapari integra a Região metropolitana e está a 51 km de Vitória (Capital).

Situada na faixa litorânea sul do Estado, recebe turistas de origem nacional e até internacional durante todo o ano e, especialmente no verão, quando quadruplica sua população de aproximadamente 105.000 (cento e cinco mil) habitantes em mais de três

vezes, consequentemente amplia os desafios para a promoção da saúde e, em particular, para as DST e Aids.

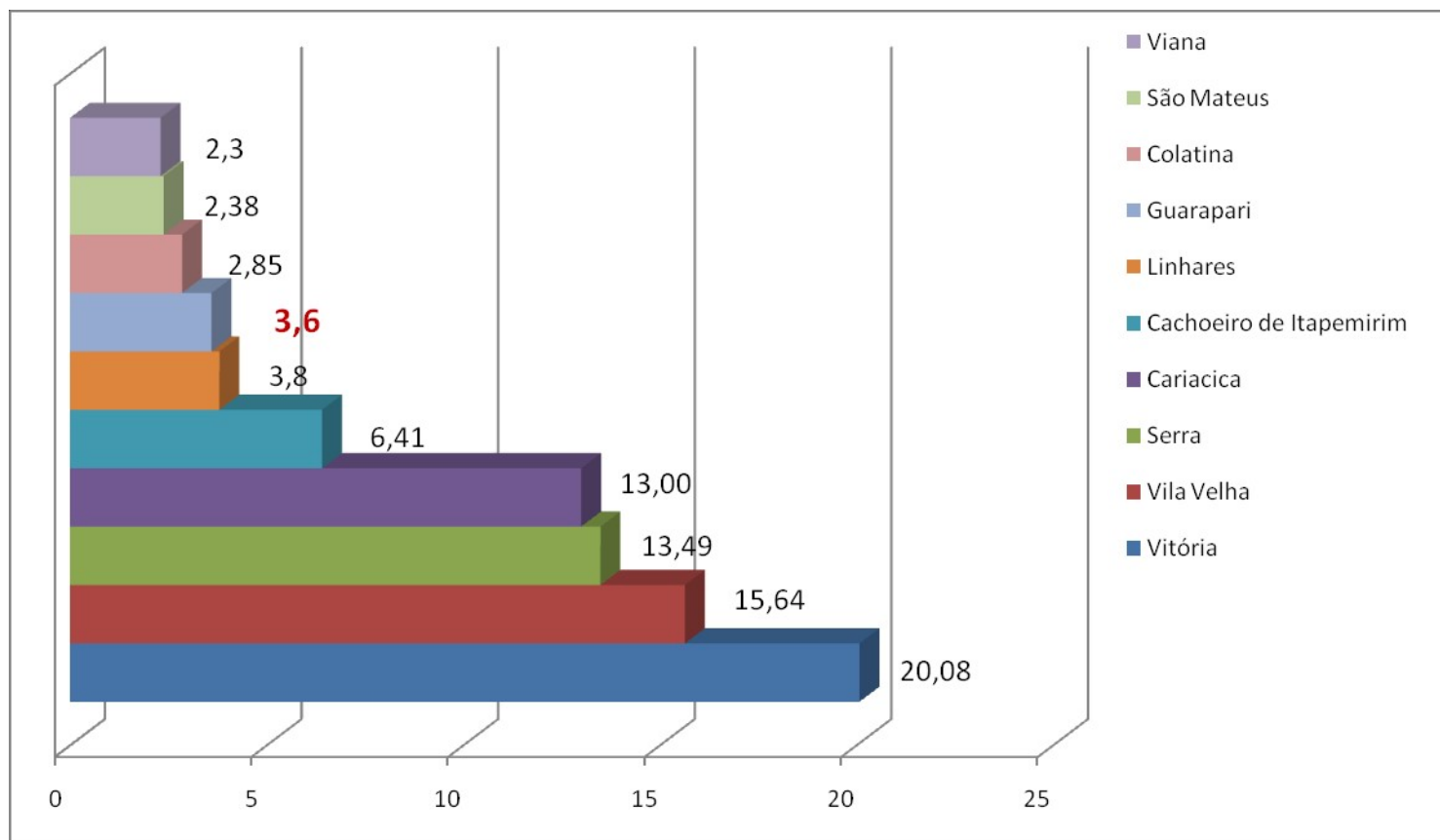
A infra-estrutura para a prestação de serviços de saúde ainda não se encontra adequadamente instalada quando se observa as necessidades do usuário (quantitativa e qualitativamente analisando) e quando comparada a municípios de porte semelhante. Obstáculos de ordem político-institucionais, expressos nas constantes mudanças de gestores, e consequente mudança no direcionamento das políticas, dificultam o desenvolvimento sistemático do trabalho.

Guarapari recebe recursos do Incentivo-SUS para o financiamento das ações em DST e Aids desde 2004, quando teve maior fomento a área de prevenção e o SAE-Serviço de Assistência Especializada foi implantado somente em 2006, com a respectiva UDM- Unidade de Dispensação de medicamentos. Apesar de ter ocorrido um concurso para servidores em 2006, ainda há cargos ocupados por contratados e nem todas as pessoas participaram de capacitações adequadas por serem relativamente novas na equipe. Além de procurar participar de atualizações ofertadas pela Coordenação Estadual de DST e Aids, sempre que possível está sendo feita visita aos serviços de outros municípios (CTA/SAE treinadores) para capacitação "in loco".

CASOS DE AIDS SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
E PERÍODO DE DIAGNÓSTICO. 1985-2008*.

Município	Período de diagnóstico													Total	
	1985-96	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Nº	%
Cachoeiro de Itapemirim	79	15	11	16	31	21	36	43	31	45	23	35	16	402	6,41
Cariacica	163	61	60	61	60	65	58	74	64	59	44	30	16	815	13,00
Colatina	30	7	16	20	11	15	13	12	16	16	9	6	8	179	2,85
Guarapari	36	20	15	8	10	13	27	26	22	12	11	11	15	226	3,60
Linhares	20	10	8	11	14	6	16	19	35	29	30	27	13	238	3,80
São Mateus	28	7	7	12	11	19	12	14	10	9	6	7	7	149	2,38
Serra	154	33	59	62	49	52	65	63	85	77	47	49	51	846	13,49
Viana	20	7	10	15	6	7	13	17	11	15	9	8	6	144	2,30
Vila Velha	215	56	78	56	67	77	97	76	78	73	43	31	34	981	15,64
Vitória	322	89	97	86	91	113	114	83	99	70	40	29	26	1259	20,08

Fonte: SESA-ES / C.E. DST-AIDS

GRÁFICO DOS CASOS DE AIDS SEGUNDO MUNICÍPIOS COM MAIORES INCIDÊNCIAS

TAXAS DE INCIDÊNCIA DE AIDS (POR 100.000 HABITANTES)

SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA E PERÍODO DE DIAGNÓSTICO. 1998-2008*.

Município	Período de Diagnóstico										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cachoeiro de Itapemirim	7,2	10,3	17,7	11,8	19,8	23,3	16,5	23,1	11,6	17,4	8,0
Cariacica	19,1	19,1	18,5	19,7	17,3	21,8	18,6	16,6	12,2	8,2	4,4
Colatina	15,0	18,6	9,8	14,3	12,3	11,2	14,8	14,5	8,1	5,3	7,2
Guarapari	19,3	10,0	11,3	14,2	28,7	26,9	22,2	11,4	10,2	9,9	14,5
Linhares	7,6	10,4	12,4	5,2	13,8	16,2	29,6	23,9	24,4	21,7	9,9
São Mateus	8,0	13,5	12,2	20,6	12,8	14,6	10,3	8,9	5,8	6,7	7,0
Serra	20,2	20,5	15,3	15,5	19,0	17,9	23,5	20,1	11,9	12,1	12,8
Viana	20,0	29,2	11,2	12,8	23,4	30,1	19,2	25,2	14,9	13,0	10,0
Vila Velha	25,0	17,6	19,4	21,6	26,7	20,5	20,6	18,4	10,6	7,5	8,3
Vitória	36,0	31,8	31,1	38,2	38,1	27,4	32,4	22,3	12,6	9,0	8,2

Fonte: SESA-ES / C.E. DST-AIDS

Do início da epidemia até dezembro de 2008, o município de Guarapari registrou um total de 226 casos notificados, segundo dados do SINAN (Boletim Epidemiológico Estadual de DST/HIV/Aids da SESA/ES) e que representam 3.60% do total de casos do ES. A incidência que foi de 6,3 em 1992, 19,3 em 1998, chegou a 28,7 em 2002 e 11,4 em 2005, apresenta-se com 9,9 em 2007 e 14,5 em 2008, o que dá uma visão preocupante da evolução da Aids no Município.

Em geral, Guarapari acompanha estatísticas Estaduais e Nacionais, apresentando:

- Quanto à categoria de exposição - maior concentração de casos por via sexual, abrangendo mais de 67.6% do total e, dentro destes, um número importante na categoria heterossexual (homossexual: 21; bissexual: 13 e heterossexual: 106).
- Permanece a maior prevalência na faixa etária de 25 a 49 anos.
- Redução da mortalidade por aids, caindo de 7 em 2004, para 1 óbito em 2006.

Permanecem com o mesmo número de casos as categorias de exposição UDI (usuário de droga injetável (22), de hemofílicos (1) e perinatal (16), reduzindo o percentual de casos em relação ao total.

Quanto às crianças abaixo de 05 anos, a proporção de casos em relação ao ano anterior, caiu de 8.0% para 7,7% dos casos, mas ainda um pouco superior ao percentual médio do Estado.

HIV em gestante e criança exposta, o município chegou a apresentar 6 em 2003, caindo para 3 em 2007. Muito foi feito em todo o estado para melhorar a ação de combate à transmissão vertical do HIV, mas assim como nos casos da sífilis congênita, acredita-se que haja alguma sub-notificação em Guarapari. Ainda assim, foram 10 casos de sífilis congênita em 2002, 6 casos em 2004, caindo para 5 casos em 2007. Esse dado mantém uma incidência acima de 3/1000NV, um pouco superior à média do Estado, que ainda é uma taxa bastante alta, uma vez que a meta é $< 1/1000$ nascidos vivos. Apesar da referida incidência, não ocorreram óbitos por sífilis congênita desde 2004.

A coordenação e equipe local reconhece os desafios a serem enfrentados no município na área de DST e Aids, notadamente na prevenção nas escolas e da prática de sexo seguro pela população em geral.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A importância da ação regulatória da Vigilância Sanitária sobre as condições que determinam ou estão relacionadas com as condições de saúde e com a qualidade de bens e serviço de consumo evidencia a necessidade de uma preocupação maior com este tipo de atividade, pois fica cada vez mais clara a responsabilidade do poder público quanto ao desenvolvimento ou não destas ações com a eficiência e eficácia necessárias. As ações de Vigilância Sanitária são executadas em dois níveis: municipal (serviços básicos) e estadual (média e alta complexidade). Todas as ações da Vigilância Sanitária são voltadas para atender o Código Sanitário Municipal – Lei 1696/1997, atuando nos estabelecimentos de alimento, drogaria e demais locais que atendam ao público e que nele trabalham.

Quadro de Inspeções Sanitárias, por Tipo de Estabelecimento, em 2008

ESTABELECIMENTOS INSPECIONADOS POR RAMO DE ATIVIDADE	
Procedimento	Quantidade
Inspeção sanitária em comércio de alimentos	2095
Inspeção sanitária em drogaria/ervanária/posto de medicamentos	528
Inspeção sanitária em instituto de beleza	539
Inspeção sanitária em hotéis, motéis e congêneres	315
Inspeção sanitária em creches e estabelecimentos de ensino	230
Inspeção sanitária em comércio de produtos saneantes domi-sanitários	03
Inspeção sanitária em estação rodoviária e ferroviária	05
Inspeção sanitária em comércio de correlatos	123
Inspeção sanitária em consultórios médicos	262
Inspeção sanitária em clínicas médicas	142
Inspeção sanitária em unidades de saúde com procedimento invasivo	02
Inspeção sanitária em habitação unifamiliar/coletiva/multifamiliar, locais com fins de lazer ou religiosos e logradouros públicos	13

Inspeção sanitária em consultório odontológico	305
Inspeção sanitária em óticas	82
Inspeção sanitária em hospitais	25
Inspeção sanitária em clínicas veterinárias	15
Inspeção sanitária em desinsetizadoras	05
Inspeção sanitária em laboratório de análises clínicas	69
Inspeção sanitária em academias de ginástica, musculação, condicionamento físicos e congêneres	06
TOTAL	4.764

Fonte: SEMSA/Vigilância Sanitária; RAG-2008

Treinamentos e capacitações técnicas realizadas em 2008

Curso	Público alvo	Carga horária	Participantes
Projeto de Educação em Vigilância Sanitária para salões de beleza	Proprietários	4 hs	105
Projeto de Educação Saúde Vigilância Sanitária para Supermercados	Funcionários	4 hs	78
Projeto Educ. Saúde Vigilância Sanitária	Pais e Alunos	2 hs	210

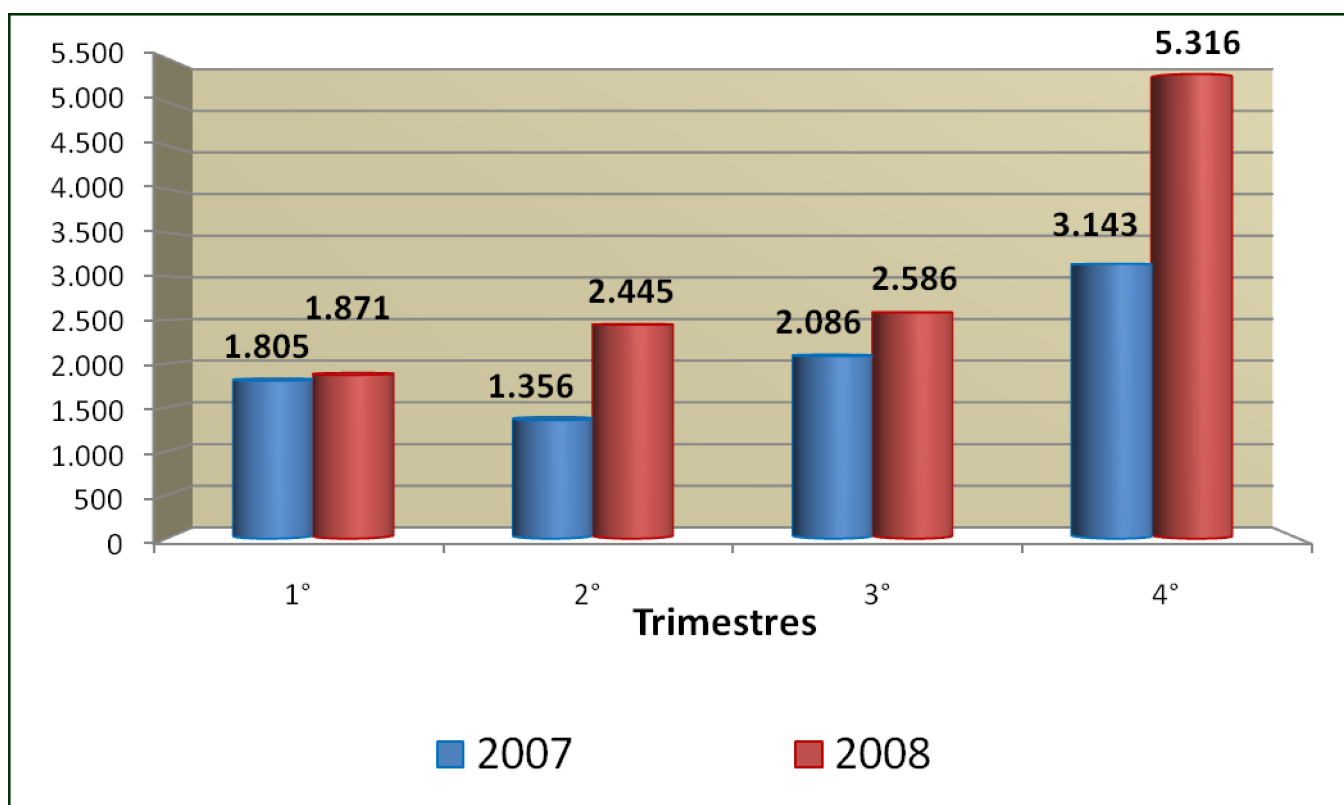
Fonte: SEMSA/Vigilância Sanitária; RAG-2008

Atividades desenvolvidas em 2008

	Descrição do procedimento e componente	Quantidade
Adm.	Atendimento ao público	3.600
Adm.	Alvarás sanitários emitidos	1.166
Adm.	Emissão de blocos de receituário	490
Adm.	Assinatura de termos de ajuste de conduta	-
Fiscal	Inspeção sanitária através de processo	1.758
Fiscal	Visitas sanitárias	7200
Fiscal	Atendimento a denúncia	526
Fiscal	Estabelecimentos notificados com prazo	3026
Fiscal	Atendimento a ofícios	28
Fiscal	Apreensão	121
Fiscal	Cadastro de estabelecimentos	-
Fiscal	Resoluções	-
Fiscal	Interdição	21
Fiscal	Auto de infração	344
Fiscal	Cronograma de adequação	590
TOTAL		18.870

Fonte: SEMSA/Vigilância Sanitária; RAG-2008

Gráfico Comparativo das ações realizadas pela VISA, em 2007 e 2008



Fonte: SEMSA/Vigilância Sanitária; RAG-2008

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

O Centro de Controle de Zoonoses tem o objetivo de exercer a Vigilância Ambiental, a prevenção e o controle de agravos relacionados a fatores biológicos e não biológicos, bem como o controle e proteção da população de animais em áreas urbana e rural do Município.

Destacam-se como objetivos da Vigilância Ambiental: 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.

Cabe a este setor organizar e executar os serviços de investigação, orientação e promover o combate a Esquistossomose, Leishmaniose, Doenças de Chagas e Malária.

Além disso, promover o combate dessas endemias mencionadas, não só na zona rural, como em todas as áreas no âmbito municipal, em que se fizer sentir a sua necessidade.

. Esquistossomose – as ações desenvolvidas nesta endemia são: reconhecimento geográfico, delimitação das áreas focais ou endêmicas, visita domiciliar, pesquisa malacologia (NEMES), identificação e monitoramento de áreas vulneráveis, Coproscopia, Diagnóstico (Laboratório CCZ), tratamento (U.S. Roberto Calmon), Investigação epidemiológica (VIGIEP) e Educação em Saúde (PES).

. Leishmaniose – ações desenvolvidas: reconhecimento geográfico, mapeamento das áreas de foco, pesquisa entomológica (NEMES), visita domiciliar, controle de hospedeiros domésticos, encaminhamento de pacientes suspeito, diagnósticos humanos (U.S. Roberto Calmon), Tratamento (U.S. Roberto Calmon) Investigação epidemiológico de casos (VIGIEP), Educação em saúde e mobilização social (PES).

. Doenças de Chagas – ações desenvolvidas: Reconhecimento geográfico, pesquisa entomológica (NEMES), visita domiciliar, monitoramento dos US's, através de postos de informação, Sorologia, Diagnósticos Humanos (LACEN), tratamento (Parasitologia UFES), busca ativa aos doentes e educação em saúde e mobilização social.

. Malária – ações desenvolvidas: Reconhecimento geográfico, visita domiciliar, pesquisa entomológica (NEMES), monitoramento das unidades de saúde através de postos de notificação, diagnóstico (LACEN), tratamento (REG.VIT), investigação epidemiológica (VIGIEP), Busca ativa aos Doentes e educação em saúde e mobilização social (PES).

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

É de responsabilidade do laboratório ligado à Vigilância Ambiental pesquisar e identificar as larvas por espécie coletadas pelos agentes de saúde pública do PNCD; monitorar através de armadilha de ovitrampas do *Aedes aegypti*; exames de larvas procedentes dos pontos estratégicos; Coleta de areia para análise em locais com fins de lazer (praias, praças, creches e escolas) para larva migrans; Confeção e exame de material para diagnóstico de esquistossomose (com pactuação); Coleta de lâmina de malária e envio ao LACEN; Coleta de material de chagas e envio para sorologia no LACEN; Envio de Triatomídeo ao NEMES para diagnóstico de possibilidade para o *Trypanosoma cruzi* e identificação das espécies; VIGIAGUA, VIGISOLO e VIGIAR, programas federais de monitoramento da água, solo e ar respectivamente.

**Controle mensal de atividades desenvolvidas pelo
Programa VIGIÁGUA, em 2008**

Mês	Nº de coletas realizadas		Resultado laboratorial de potabilidade				Total de resultados	
	Cesan	Solução Alternativa	Cesan		Solução Alternativa		Própria	Imprópria
			Própria	Imprópria	Própria	Imprópria		
Janeiro	11	19	05	06	13	06	18	12
Fevereiro	04	26	04	-	07	19	11	19
Março	12	18	09	03	10	08	19	11
Abril	14	15	12	02	06	09	18	11
Maio	14	16	11	03	09	07	20	10
Junho	21	09	18	03	08	01	26	04
Julho	13	11	10	03	05	06	15	09
Agosto	05	15	04	02	10	05	14	07
Setembro	23	12	21	02	08	04	29	06
Outubro	19	09	17	02	07	02	24	04
Novembro	27	15	18	09	06	09	24	18
Dezembro	26	06	12	14	03	03	15	17
TOTAL	189	171	141	49	92	79	233	128

Fonte: Vigilância Ambiental/CCZ

4.1.5. ATENÇÃO BÁSICA

Segundo a NOAS 01/2002, complementada pela Portaria N.º 2023/03, o município encontra-se habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica. Neste contexto, 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, e vem a ser 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 num 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, garantindo que o seu desenvolvimento e a sua avaliação considerem as ações, serviços e seus resultados para além dos aspectos quantitativos já verificados atualmente, mas como consequência da articulação de saberes e práticas destinadas a uma atenção integral e equânime das necessidades de saúde, com resolutividade.

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

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

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

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

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

“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”. (PNCD - Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006).

INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA

Ano	Modelo de Atenção	População coberta ⁽¹⁾	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família ⁽²⁾	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia ⁽²⁾	% de crianças c/aleit. materno exclusivo ⁽²⁾	% de cobertura de consultas de pré-natal ⁽²⁾	Taxa mortalidade infantil por diarreia ⁽³⁾	Prevalência de desnutrição ⁽⁴⁾	Taxa hospitalização por pneumonia ⁽⁵⁾	Taxa hospitalização por desidratação ⁽⁵⁾
2005	PACS	26.309	25,0	0,08	96,8	73,0	88,7	3,1	5,7	20,7	16,2
	PSF	10.592	10,1	0,08	98,2	83,0	92,1	-	7,3	11,4	2,8
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	36.901	35,1	0,08	97,1	75,2	89,5	2,4	6,0	18,1	12,5
2006	PACS	34.039	31,5	0,10	97,4	69,5	89,1	-	3,8	14,2	8,5
	PSF	20.333	18,8	0,10	99,0	73,0	94,4	-	2,5	11,3	4,0
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	54.372	50,3	0,10	98,1	71,2	91,5	-	3,3	13,0	6,6
2007	PACS	24.598	22,1	0,10	96,2	71,8	87,5	-	2,2	-	-
	PSF	32.839	29,6	0,11	98,1	71,9	93,4	-	0,9	-	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	57.437	51,7	0,10	97,2	71,8	90,6	-	1,5	-	-

Fonte: SIAB

Notas:

(1): Situação no final do ano

(2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

(3): por 1.000 nascidos vivos

(4): em menores de 2 anos, por 100

(5): em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família é uma estratégia de reorientação, operacionalizada pela implantação de equipes multiprofissionais os quais têm a responsabilidade de acompanhar um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando continuamente na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes e na manutenção da saúde desta comunidade.

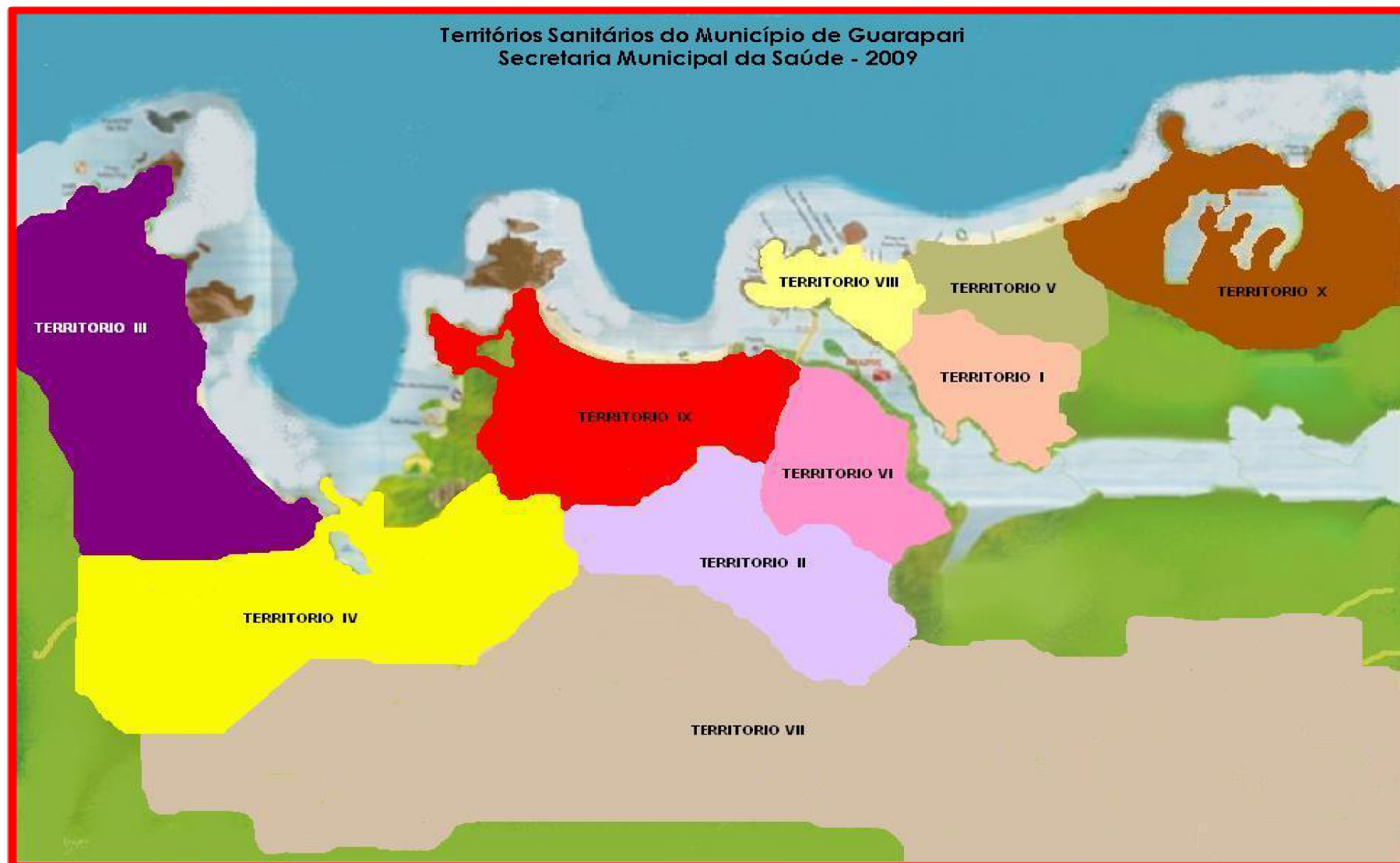
As equipes são compostas minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, de quatro a seis agentes comunitários de saúde e, quando implantado o Saúde Bucal, tem-se um dentista e um auxiliar de consultório dentário.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.500, ou de 1.000 famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente como já mencionada nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada sob sua responsabilidade; pode intervir sob os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; pode prestar assistência integral, permanente e de qualidade por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Neste contexto o município de Guarapari implantou em 2004 suas primeiras equipes de Saúde da Família (Reta Grande, Rio Claro e Perocão), com vias a atender as necessidades de uma nova realidade, para atingir a integralidade da atenção. Em novembro de 2005 essa rede foi ampliada. Os bairros de Kubsticheck, Coroadó, Santa Margarida e São João ganharam unidades de Saúde de Família (ESF Kubsticheck, ESF CAIC I e ESF CAIC II). Finalmente em março de 2006 os bairros de Adalberto Simão

Nader e Jabaraí passam a ser ESF, totalizando um percentual de 30% de cobertura populacional pelas equipes de saúde da família.

MAPA DOS TERRITORIOS SANITARIOS DE GUARAPARI



Visando a implementação da Atenção Primária, a Secretaria Municipal da Saúde definiu os territórios sanitários que a partir de então se tornaram prioritariamente locais de intervenção e ampliação das ações da Estratégia Saúde da Família, a saber:

- Território Sanitário I –
 - Abrangência – Santa Margarida, São João, Olaria, Coroadó, Concha D'Ostra, Prainha de Olaria;
- Território Sanitário II –
 - Abrangência – Bela Vista, Nossa Senhora da Conceição, Nossa Senhora de Fátima, São Gabriel, São José, Adalberto Simão Nader, Tartaruga e Lagoa Funda;
- Território Sanitário III –
 - Abrangência – Una, Setiba, Elza Nader, Paturá, Santa Mônica, Pontal de Santa Mônica, Village do Sol e Recanto da Sereia;
- Território Sanitário IV –
 - Abrangência – Portal Clube, Jardim Europa, Jardim Santa Rosa, Jabaraí, Fazenda do Campo, Perocão, Andano, Jabuticaba e Village das Pedras;
- Território Sanitário V –
 - Abrangência – Kubitschek, Praia do Riacho, Lameirão e Ipiranga;
- Território Sanitário VI –
 - Abrangência – Itapebussu, Vila Samarco, Camurugi, Sol Nascente;
- Território Sanitário VII –
 - Abrangência – Rio Claro, Iguape, Barro Branco, Amarelos, Baía Nova, Rio Calçado, Santana, Buenos Aires, Samambaia, Fazenda Roncetti, Reta Grande, Várzea Nova, Cachoeirinha, Todos os Santos e São Miguel;
- Território Sanitário VIII –

- Abrangência – Centro, Parque Areia Preta, São Judas Tadeu;
- Território Sanitário IX –
 - Abrangência – Muquiçaba, Aeroporto, Praia do Morro, Acampamento Adventista, Aldeia da Praia e Jardim Boa Vista;
- Território Sanitário X –
 - Abrangência – Meaípe, Porto Grande, Condados, Nova Guarapari e Enseada Azul;

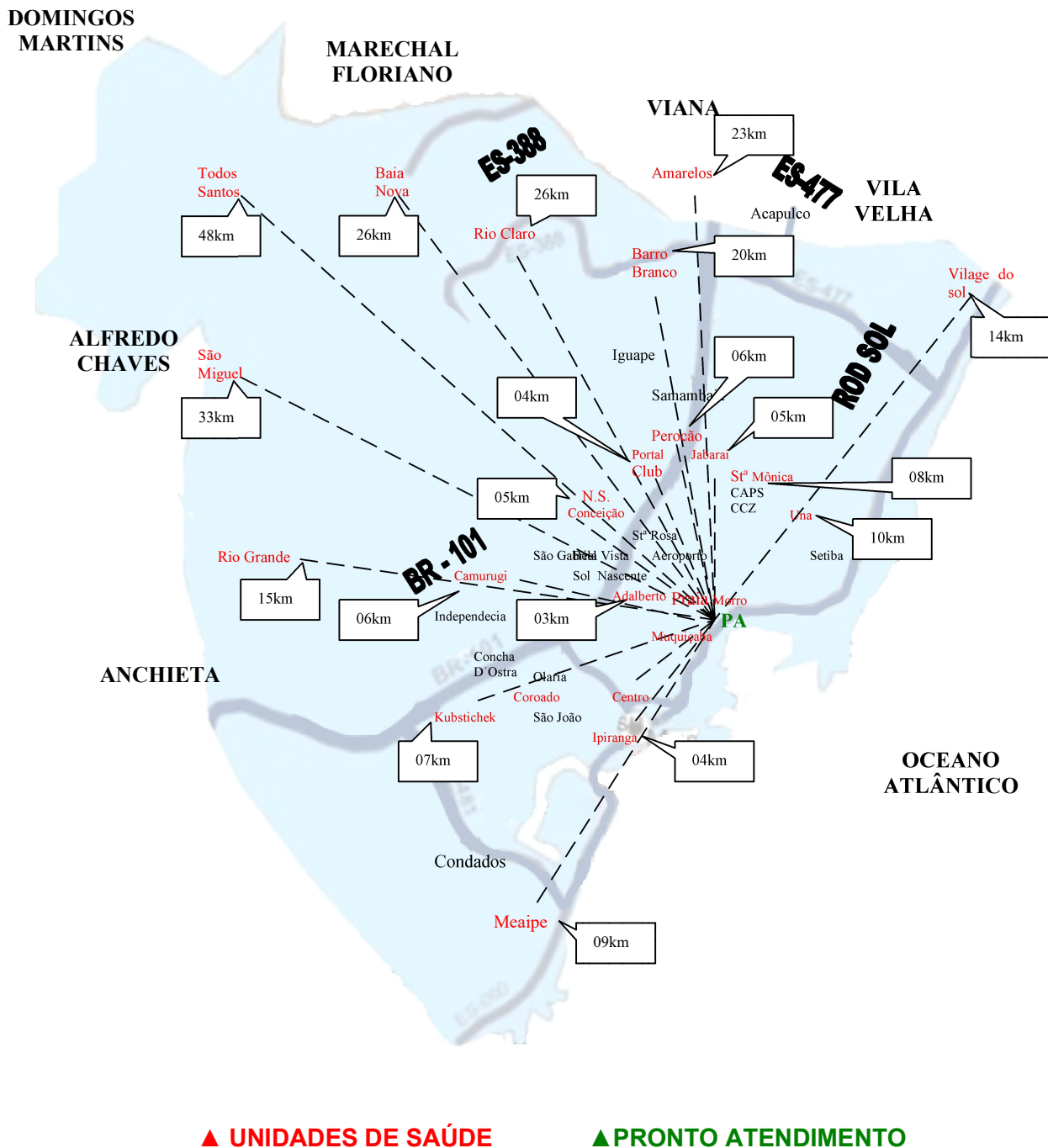
A Estratégia Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios éticos e operacionais básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, igualdade, equidade, descentralização e participação social (comunidade).

4.1.6. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

As unidades que compõem a rede ambulatorial do município são compostas principalmente por Unidades Básicas de Saúde (38,7%).

Nos quadros a seguir, demonstramos os quantitativos dos estabelecimentos de saúde e os programas que foram implementados e implantados até o ano de 2008.

Os serviços especializados oferecidos pelo Município são concedidos mediante requisição/encaminhamento médico da Rede Municipal de Saúde. As consultas e exames especializados não disponíveis na Rede Municipal e ofertados em outros Municípios são referenciados através da Agência Municipal de Agendamento (AMA). O atendimento prestado pelos serviços contratados pelo SUS (Sindicato Rural e Pestalozzi) foram oferecidos diretamente à população.

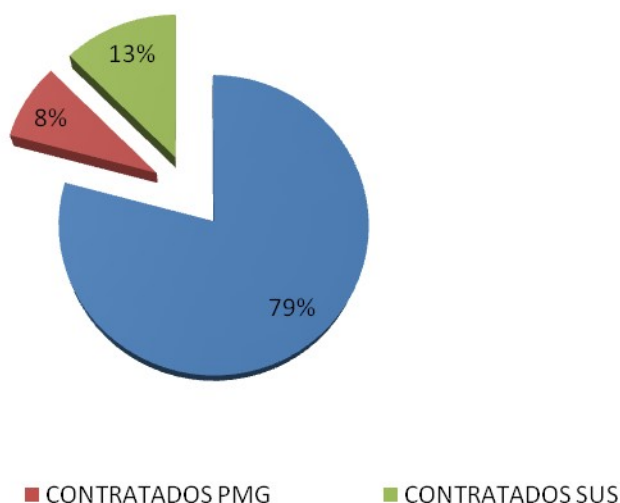


REDE AMBULATORIAL DO MUNICÍPIO

REDE AMBULATORIAL DO MUNICÍPIO

UNIDADES SANITÁRIAS E SERVIÇOS DA SEMSA		
1.	Ambulatório Hiperdia	01
2.	CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	01
3.	CCZ – Centro de Controle de Zoonoses	01
4.	Centro de Saúde	02
5.	Agência Municipal de Agendamento – AMA	01
6.	Centro Municipal Odontológico	01
7.	CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento HIV/DST/AIDS	01
8.	Laboratório de Análises Clínicas*	01
9.	PA – Pronto Atendimento	01
10.	PESE – Programas Especiais e Saúde do Escolar	01
11.	Unidades Básicas de Saúde	21
12.	Unidade de Vigilância Epidemiológica	01
13.	Unidade de Vigilância Sanitária	01
14.	Unidade Móvel Odontológica	02
15.	Setor Transporte	01
16.	Centro de Hidratação da Dengue (temporário)	01
CONTRATADOS PELA PMG		
01.	LAPAES – Exames de preventivo do câncer e do colo	01
02.	Laboratório Hemo – Exames de análises clínicas (para atender a comunidade de Todos os Santos)	01
03.	Clínica Radiológica Santa Elisa – Exames de radiodiagnóstico	01
04.	GLAB – Laboratório de Análises Clínicas	01
CONTRATADOS PELO SUS		
01.	Ambulatório do Hospital São Judas Tadeu	01
02.	Ambulatório do Hospital Nossa Srª da Conceição	01
03.	Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Guarapari	01
04.	Sociedade Pestalozzi de Guarapari	01
05.	SAMU	01
TOTAL		47

Estabelecimentos de Saúde do Município



Número e Proporção de Unidades por Tipo de Unidade – Dez 2008

Tipo de Estabelecimento	Público	Filan tropico	Priva- do	Total	%
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	0	0	1	0,7
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	0	0	0	0	0,0
Centro de Atenção Psicossocial	1	0	0	1	0,7
Centro de Apoio a Saúde da Família	0	0	0	0	0,0
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	16	0	0	16	11,5
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	2	1	31	34	24,5
Consultório Isolado	2	0	54	56	40,3
Cooperativa	0	0	0	0	0,0
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	0	0	0	0	0,0
Hospital Dia	0	0	0	0	0,0
Hospital Especializado	0	0	0	0	0,0
Hospital Geral	0	0	2	2	1,4
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	0	0	0	0	0,0
Policlínica	1	0	10	11	7,9
Posto de Saúde	11	0	0	11	7,9
Pronto Socorro Especializado	0	0	0	0	0,0
Pronto Socorro Geral	1	0	0	1	0,7
Secretaria de Saúde	0	0	0	0	0,0
Unid Mista - atend 24h: atenção básica, intern/urg	3	0	0	3	2,2
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	0	0	1	1	0,7
Unidade de Vigilância em Saúde	1	0	0	1	0,7
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	0	0	0	0	0,0
Unidade Móvel Terrestre	1	0	0	1	0,7
Tipo de estabelecimento não informado	0	0	0	0	0,0
Total	40	1	98	139	100,0

Número e Proporção de Unidades por

Tipo de Prestador

Tipo de Prestador	Unidades	%
Público Federal	-	0,0
Público Estadual	2	1,6
Público Municipal	38	29,5
Filantropico	1	0,8
Privado	88	68,2
Sindicato	-	0,0
Total	129	100,0

Fonte: CNES/SUS/2007

Consultórios Médicos e Odontológicos

Instalação	Número	Taxa por 10.000 hab
Cons. Médicos em unidades*	116	10,44
Odontológicos	54	4,86

Fonte: CNES/SUS/2007

*Relativo ao número de Clínicas Básicas + Clínicas Especializadas

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II

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

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, considerando ainda o disposto na NOAS-SUS 01/01 e a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento do CAPS II.

O CAPS II é um serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos mentais com capacidade operacional para atendimento em municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes. Tem como atribuição responsabilizar-se, sob coordenação

do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em Saúde Mental no âmbito do Município.

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

CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - CTA

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesses serviços, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. Todos os testes são realizados de acordo com a norma definida pelo Ministério da Saúde e com produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS) e por ela controlados.

O atendimento nesses centros é inteiramente sigiloso e oferece a quem realiza o teste a possibilidade de ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que a orientará sobre resultado final do exame, independente dele ser positivo ou negativo. Quando os resultados são positivos, os CTA são responsáveis por encaminhar as pessoas para tratamento nos serviços de referência.

Ao procurar um CTA, o usuário desse serviço tem direito a passar por uma sessão de aconselhamento, que pode ser individual ou coletivo, a depender do serviço. O aconselhamento é uma ação de prevenção que tem como objetivos oferecer apoio emocional ao usuário, esclarecer suas informações e dúvidas sobre DST e HIV/aids e, principalmente, ajudá-lo a avaliar os riscos que corre e as melhores maneiras que dispõe para prevenir-se.

Além do aconselhamento, outras ações de prevenção são realizadas pelos CTA, dentro da unidade de saúde (ações intra-muros) e fora dela (ações extra-muros). Também disponibilizam insumos de prevenção, como camisinhas masculinas e femininas para a população geral, gel lubrificante para profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens e kits de redução de danos para pessoas que fazem uso de drogas.

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA – SAE

Os serviços ambulatoriais em HIV e aids são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou aids.

Estes serviços possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST/HIV/Aids (SAE). Também são administrados de diferentes formas: por municípios, estados, União, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniados ao SUS.

O objetivo destes serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros.

Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de anti-retrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e aids.

AGÊNCIA MUNICIPAL DE AGENDAMENTO - AMA

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

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

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

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

O agendamento é realizado pela AMA municipal via fone, que em contato com o CRE Metropolitano, responsável pela regulação das especialidades de média e alta complexidade, realiza as marcações de consultas não ofertadas pelo município. Mensalmente é disponibilizada para o município uma planilha contendo o número de consultas ofertadas por especialidade.

O contato com a Central de Marcação é realizado três vezes ao dia. O primeiro contato (7h) para consultas ofertadas com cota determinada para cada dia. O segundo (13h) e terceiro (15h) contato para consultas remanescentes. Mesmo com algumas dificuldades, foram marcadas pelo município durante o ano de 2008, 11.714 consultas através da AMA.

CENTRO DE HIDRATAÇÃO DA DENGUE

Em 2008 a Secretaria Municipal da Saúde colocou em funcionamento o Centro Municipal de Hidratação da Dengue, montado exclusivamente para atender aos pacientes que apresentam sintomas da doença e que precisam de hidratação através da aplicação de soro. Estruturado com equipe de profissionais da saúde do Município, tem como suporte o aparelho Sysmex, totalmente digital e de alta tecnologia, que em apenas 2 minutos detecta algum tipo de alteração no sistema imunológico na pessoa com suspeita de Dengue. O exame serve apenas para auxiliar o médico na indicação da soroterapia, pois o diagnóstico que confirma a Dengue só é oficial a partir de exame laboratorial.

O novo Centro é mais uma das medidas do Plano de Contingência da Dengue, desenvolvido pelo Município através da Secretaria Municipal da Saúde. Outras medidas preventivas adotadas são a compra de cadeiras de hidratação, de telas para cobertura de caixas d'água e das Ações dos Mutirões de Emergência, que percorrem diversos bairros da cidade.

O Centro de Hidratação executa as seguintes atividades:

Acolhimento dos usuários suspeitos de Dengue com orientação quanto a hidratação oral, combate ao mosquito Aedys Aegypt e conscientização da importância da limpeza dos ambientes, terrenos baldios, recipientes com água, caixas d'água; Notificação; Sinais vitais; Prova do laço; Consulta médica; Coleta de sangue para os exames Hemograma e sorologia para dengue em todos os pacientes, e isolamento viral em uma média de 10% dos pacientes para identificação do vírus circulante; Hidratação oral; Hidratação venosa + medicação com acompanhamento médico; Agendamento do paciente para retorno de dois em dois dias para acompanhamento da evolução do quadro clínico;

A sorologia e o isolamento viral são encaminhados ao LACEN para a execução dos exames, sendo que o isolamento tem obrigatoriamente que chegar ao LACEN até 06 horas após a coleta;

Encaminhamento ao Pronto Atendimento quando necessário com transporte de ambulância que é solicitada ao PA ou setor de transporte

4.1.7. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Há no Município três hospitais que prestam serviços à população, dentre os quais apenas dois realizam procedimentos de atenção ao SUS, são os Hospitais São Judas Tadeu e a Maternidade Nossa Senhora da Conceição.

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

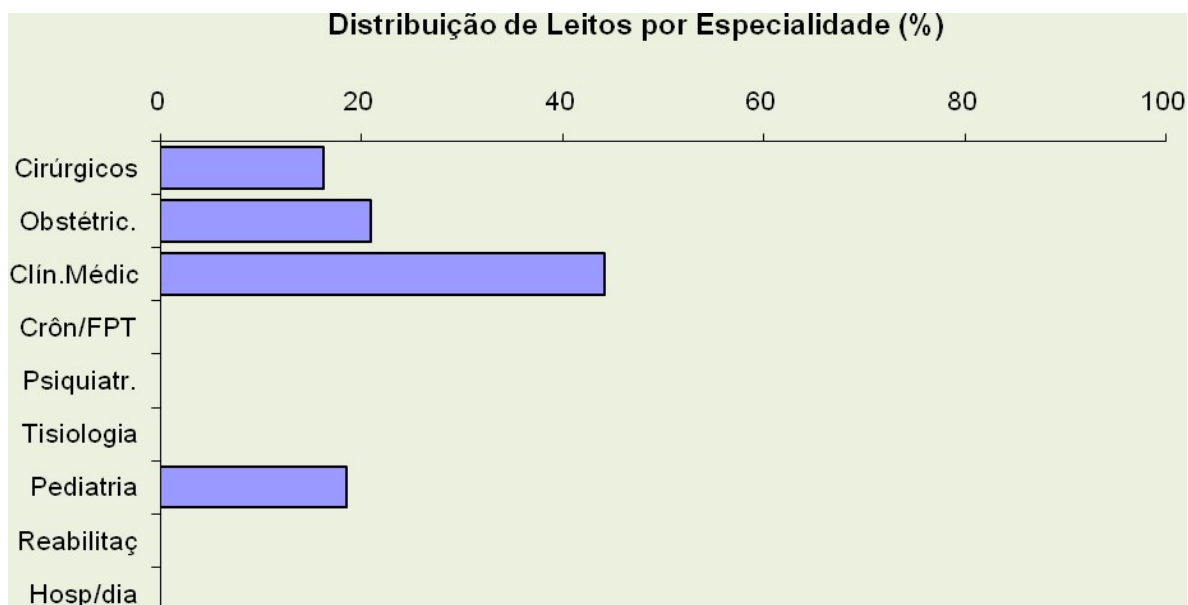
NÚMERO DE HOSPITAIS E LEITOS POR NATUREZA DO PRESTADOR SEGUNDO ESPECIALIDADE

Natureza	Hospitais	Leitos*										Leitos UTI
		Total	Cirúrgicos	Obstétric.	Clín.Médic	Crôn/FPT	Psiquiatr.	Tisiologia	Pediatria	Reabilita	Hosp/dia	
Públicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Estadual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Municipal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Privados	2	86	14	18	38	-	-	-	16	-	-	-
- Privados	2	86	14	18	38	-	-	-	16	-	-	-
- Filantrópicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Sindicato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensino/Pesquisa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Públicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Privados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	2	86	14	18	38	-	-	-	16	-	-	-

* Dados relativos a novembro/2007

Leitos por 1.000 habitantes:	0,8
------------------------------	-----

Fonte: CNES/SUS/2007



Fonte: CNES/SUS

4.1.8. ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

O Pronto Atendimento Municipal oferece serviços de baixa e média complexidade prestando o primeiro atendimento e referenciando ao atendimento de média e alta complexidade não existente no município.

O Pronto Atendimento realiza o encaminhamento 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 Serra (Hospital Dório Silva).

Procedimento	Quant.
Administração de medicamentos por paciente	82.442
Curativo por paciente	5.864
Inalação/nebulização	5.239
Retirada de ponto cirurgia básica	192
Terapia de re-hidratação oral	60
Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas	71.480
Atendimento médico de urgência com obs. de até 8 h	11.951
Excisão/sutura simples pequena lesões de pele/mucosa	2.299
Incisão e drenagem de abscesso	185
Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva ou nasal	46
Consulta ortopédica com imobilização provisória	597
Teste específico para diabetes mellitus - glicemia capilar	4.397
Debridamento e curativo de escara ou ulceração	5.864
Exerese e sutura de lesão na boca	21
Excisão/sutura de tegumento na face	21
Excisão e sutura de tumores na orelha	1469
Exerese de cisto sebáceo	0
Exerese de lipoma	152
Exerese de tumor de pele	0
Retirada de corpo estranho subcutâneo	282
Curativo com debridamento em pé diabético	565
Sutura de ferimentos extensos, com ou sem debridamentos	5.299
Remoção manual de fecaloma	107
Injeções intra-articulares	194
Remoção de cerumim C.A.E.	57
Punção ou aspiração vesical	10
Retirada de corpo estranho da faringe sob anestesia geral	46
Primeiro atendimento a pacientes com pequenas queimaduras	23
Eletrocardiograma	1.010
TOTAL	199.872

Em 2008 foram realizados 199.872 procedimentos de urgência e emergência no Pronto Atendimento, sendo que os três principais são: “Administração de Medicamentos” > 82.442; “Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas” > 71.480 e “Atendimento médico de urgência com obs. de até 8 h” > 11.951. “Curativos e desbridamentos” ocupam o quarto lugar na listagem de procedimentos executados.

Apesar de executar tantos procedimentos emergenciais e de urgência, o Pronto Atendimento Municipal não apresenta uma infra-estrutura satisfatória atualmente, dado ao aumento considerável da população nos últimos dez anos. O atendimento ao paciente torna-se ainda mais ineficiente quando o Município entra no período da alta estação (dezembro a março), época em que a região litorânea recebe grande número de turistas

e, por consequência, aumentam os casos de acidentes. Ao mesmo tempo, explode em todo o Estado, o número de casos de dengue, com acentuado número de mortes por febre hemorrágica. Tal quadro indica a imediata intervenção do Poder Público na solução deste problema que se agrava a cada ano, já que inúmeras e dispendiosas reformas no Pronto Atendimento não resultaram em aumento de qualidade e equidade ao Município.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu/192) é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. Com o Samu/192, o governo federal está reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito após chamada gratuita, feita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na Central de Regulação que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações.

Ao mesmo tempo, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com auxiliar de enfermagem e socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel, com médico e enfermeiro. Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador comunica a urgência ou

emergência aos hospitais públicos e, dessa maneira, reserva leitos para que o atendimento de urgência tenha continuidade.

A partir dessa atuação, o SAMU tem um forte potencial para corrigir uma das maiores queixas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a lentidão no momento do atendimento. Historicamente, o nível de resposta à urgência e emergência tem sido insuficiente, provocando a superlotação das portas dos hospitais e pronto-socorros, mesmo quando a doença ou quadro clínico não é característica de um atendimento de emergência. Essa realidade contribui para que hospitais e pronto-socorros não consigam oferecer um atendimento de qualidade e mais humanizado.

O SAMU 192 é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, que tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS. A política tem como foco cinco grandes ações:

- * organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família;
- * estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU 192);
- * reorganizar as grandes urgências e os pronto-socorros em hospitais;
- * criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências;
- * estruturar o atendimento pós-hospitalar.

A Rede Nacional SAMU 192 possui hoje 130 serviços de atendimento móvel às urgências, atendendo, com isso, 1.066 Municípios brasileiros, num total de 97,9 milhões de pessoas.

4.1.9. 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.

A Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998) preconizada pelo Ministério da Saúde 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 no 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.

Do ponto de vista da organização dos serviços de atenção primária, área priorizada nas estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde, uma tarefa prioritária para a organização da Assistência Farmacêutica consiste no resgate das atividades pertinentes à área e que se encontram dispersas.

Apesar da sua complexidade, são grandes as possibilidades de melhorias em todos os componentes do ciclo, proporcionando um bom padrão no suprimento de medicamentos

essenciais e, assim, boas condições para que a dispensação de medicamentos e a atenção farmacêutica individual e coletiva aconteçam de maneira qualificada.

Uma seleção adequada de medicamentos requer poucos gastos com recursos humanos, materiais e financeiros. Pode, porém, proporcionar muitos ganhos terapêuticos e otimização de recursos. Da mesma maneira, o aprimoramento das atividades de programação e aquisição requerem poucos gastos e proporcionam melhorias substanciais na regularidade do suprimento de medicamentos. As atividades de armazenamento e distribuição, ainda que necessitem de algum investimento adicional, apresentam uma relação custo/benefício e custo/efetividade muito favorável em função da redução de perdas, da garantia da integridade e qualidade dos medicamentos. Em relação à dispensação, o investimento e o custeio não são elevados e contribuem sobremaneira para que os pacientes recebam uma atenção farmacêutica adequada, proporcionando melhoria na resolutividade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a satisfação dos seus usuários.

Essas possibilidades concretas de melhorias necessitam, também, de um planejamento cuidadosamente desenvolvido e de uma equipe devidamente qualificada.

Na maioria dos casos, não se faz necessário montar, organizar ou construir totalmente uma nova estrutura. Com base em algumas experiências, pode-se afirmar que quase sempre é possível aprimorar a estrutura física e organizacional já existente, alcançando-se bons e duradouros resultados a partir da qualificação dos recursos humanos envolvidos e da implementação de ações devidamente planejadas.

4.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

“No SUS a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico,

habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde. Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e, colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária.”

“Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida.” (Política Nacional de Promoção da Saúde).

A proposta do Município de Guarapari está de acordo com o parágrafo da Política Nacional de Promoção da Saúde quando define a ampliação do seu escopo, e toma 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.

Tendo como premissa a promoção da saúde, o Plano Municipal (2010-2013) estabelece que a intersetorialidade, tão importante para o alcance dos objetivos propostos, deverá ser fortemente promovida no Município. Há áreas que necessitam urgente de intervenção sanitária e avanço no saneamento. Tais intervenções ocorrerão somente com o trabalho

conjunto com outros setores do município, numa verdadeira força-tarefa em defesa do cidadão.

4.3. GESTÃO EM SAÚDE

4.3.1. PLANEJAMENTO

O processo ascendente de planejamento definido pela Lei Orgânica da Saúde configura-se relevante desafio para os responsáveis por sua condução, em especial aqueles das esferas estadual e 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, tanto em relação ao acesso, quanto à integralidade e à qualidade da atenção prestada.

Em relação à gestão, é importante levar em conta o fato de que cerca de 90% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes e que 48% menos de 10 mil (Estimativa Populacional 2003/IBGE). Particularmente no tocante ao planejamento, a organização das ações ainda é bastante 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 neste nível.

Sendo Guarapari um Município que ultrapassa a casa dos 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.

O organograma da Secretaria Municipal da Saúde apresenta um setor específico de planejamento devendo, entretanto, ser reestruturado para que as ações idealizadas por coordenadores de programas sejam implementadas e monitoradas a contento.

Como tática para um bom planejamento das ações, a Secretaria Municipal da Saúde utiliza vários instrumentos institucionalizados pelo SUS, mas ainda em aperfeiçoamento,

tais como: Plano Municipal de Saúde (atualizado a cada quatro anos), Relatório Anual de Gestão, Relatórios Trimestrais apresentados à população, Cadernos de Saúde compilados pela Secretaria Estadual de Saúde, Termo de Compromisso de Gestão, Relatórios de Conferências Municipais, Pacto Pela Saúde, bem como os 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, nas três esferas de gestão, de recursos humanos em quantidade e qualidade. Observa-se que falta, não raro, infra-estrutura e atualização contínua nas técnicas e métodos do planejamento em si – 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 do território em que atuam.

4.3.2. DESCENTRALIZAÇÃO

No contexto da descentralização e regionalização, os principais instrumentos de planejamento para tanto são o PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PPI (Programação Pactuada e Integrada), a qual “deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão.”

Segundo o Anexo II da Portaria, o planejamento regional expressará as responsabilidades dos gestores para com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações, cujas prioridades – estabelecidas regionalmente – deverão estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado. O Colegiado de Gestão Regional tem a função de “instituir um processo dinâmico de planejamento regional.”

O Município de Guarapari ocupa posição de elevada importância estratégica na Micro-Região de Saúde Vila Velha/Venda Nova do Imigrante devido à sua posição geográfica na

Micro-Região e à proximidade das Centrais de Regulação e Pontos de Atenção do Nível Secundário e Terciário da Rede Estadual de Saúde, bem como de sua considerável possibilidade de investimento. A Secretaria Municipal da Saúde observou essa importância e definiu sua participação efetiva no Colegiado Intergestor Bipartite da Micro-Região.

4.3.3. FINANCIAMENTO

A Lei Nº. 8.142/90, no seu Art. 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixa que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do artigo 33 da Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990”.

No Município de Guarapari foi criado o Fundo Municipal de Saúde, que organiza o financiamento, custeio e aplicação dos recursos destinados ao Sistema de Saúde Municipal. Criado através da Lei Municipal n.º 1.293/91 e regulamentado pelo Decreto Municipal n.º 145/96, o Fundo Municipal de Saúde tem como embasamento legal de criação as Leis Federais n.º 8.080/90 e 8.142/90. Passou a exercer suas atividades a partir do ano de 1999, com o propósito de atender aos regulamentos legais.

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.º. 09/2000.

O Fundo Municipal de Saúde realiza a contabilização de todas as receitas e despesas originárias de seu orçamento, bem como as de categoria extra-orçamentária, ao alcance das Políticas de Saúde, essencialmente, aquelas relativas aos Blocos de Financiamento da Saúde definidos através da PORTARIA Nº 204/GM DE 29 DE JANEIRO DE 2007, Art. 4º, 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 Nº 837, DE 23 DE ABRIL DE 2009).

4.3.4. 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 1º, 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 Nº 1.263/90 de 17 de dezembro de 1990, dispõe no Capítulo I, art. 1º, 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.

Cabe 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 3º da Lei 1.760, de 30 de junho de 1998, que alterou o art.3º, da Lei nº1.360/91, define a composição do Conselho e sua representatividade conforme segue:

I - *Poder Executivo* > 02 (dois) representantes da Secretaria Municipal de Saúde.

II - *Prestadores de Serviços* > 02 (dois) representantes de entidades que atuam no setor de assistência à saúde.

III - *Profissionais de Saúde* > 02 (dois) representantes dos profissionais da área de Saúde.

IV – *Usuários* > 06 (seis) representantes dos usuários de organismos ou entidades privadas, ou de movimentos comunitários.

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

4.3.5. GESTÃO DO TRABALHO

A gestão do trabalho em saúde requer, em um plano, o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores em saúde. Estas estão relacionadas com os processos de gestão e a configuração estrutural do setor. Para tanto, deve partir da definição de uma agenda de trabalho como política municipal, visando à consolidação ampliada de mudanças mais consistentes para o sistema de saúde.

Como pontos a serem considerados para uma agenda, em um plano mais geral, destacam-se:

- Mecanismos de gestão na perspectiva da construção social envolvendo novos pactos entre usuários, profissionais e gestores definindo parâmetros de qualidade, ética e proteção de trabalhadores;
- Política de emprego que contemple direitos sociais dos trabalhadores da saúde;
- Regulação da formação, da qualificação profissional, da educação permanente, do trabalho e do exercício profissional.

De acordo com as diretrizes políticas para área de recursos humanos expressa na NOB/RH-SUS, o plano de cargos, carreira e salários (PCCS) é considerado um instrumento de ordenação do trabalho que deve ser incorporado a cada nível de gestão do SUS.

A Secretaria Municipal da Saúde de Guarapari não possui também um sistema de informação de recursos humanos com aporte qualitativo, o que indica a necessidade de definição de política e adoção de estratégias que possam apoiar a Secretaria no uso de sistema de informação como ferramenta de planejamento e gestão.

4.3.6. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham

diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. Ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos: físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza).

Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na 'promoção do homem'.

Nessa visão, enfatizando a promoção da saúde, foram instituídos no Município os programas: PESMS (Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social) e PESE (Programa Especial em Saúde do Escolar).

O Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (PESMS), criado pela Portaria Federal nº 225/03 de 14 de maio de 2003 e implantado no município através da Portaria SEMSA 008/03 de 03 de novembro de 2003, tem como objetivos:

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

Já o Programa Especial em Saúde do Escolar (PESE) foi criado através de parcerias entre as Secretarias Municipais de Saúde (SEMSA), Educação (SEMED) e Assistência Social - atual SETAC; oferecendo serviço social, de saúde e educação aos munícipes de Guarapari, em especial aos estudantes, e seus familiares, e aos professores da rede municipal de ensino.

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

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

4.3.7. 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 implantado um Sistema de Informação, alimentando o Banco de Dados Nacional e Estadual periodicamente de acordo com normas estabelecidas por cada sistema, sendo encaminhados regularmente à Secretária de Estado da Saúde, os seguintes sistemas:

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde.

SINASC – Sistema de informações sobre Nascidos Vivos – 01 relatório mensal totalizando 12(doze) relatórios enviados à SESA/COORDENADORIA DE INFORMAÇÃO/SINASC.

SINAN – Sistema de informação de agravos de notificação – envios através de relatório quinzenal de agravos agudos, e relatório mensal das notificações de agravos crônicos à SESA/COORDENADORIA DE INFORMAÇÃO/SINAN;

API/PNI – Programa Nacional de Imunização – Envios de relatórios mensais à SESA/COORDENADORIA DE INFORMAÇÃO/SIM.

SIM – Sistema 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 mensalmente e encaminhamento à Secretaria de Estado da Saúde.

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Encaminhando Relatórios à Secretaria de Estado da Saúde.

SISCOLO – Sistema de Internação do Câncer do Colo do Útero - É enviado conforme solicitação do Estado um relatório do acompanhamento de todo tratamento do paciente.

SISMAMA – Sistema de Monitoramento do Câncer de Mama

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, criado inicialmente para o acompanhamento da implantação da estratégia de saúde da Família.

HiperDia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Monitora os pacientes captados e gera informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos a todos os pacientes cadastrados;

SisPréNatal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), exporta BPA mensal para a SESA sistema SIA/SUS para pagamento dos procedimentos.

4.3.8. INFRA-ESTRUTURA

A Prefeitura Municipal de Guarapari, através da Secretaria Municipal de Saúde, tem mantido 48 (quarenta e oito) Unidades de Saúde, sendo 38 (trinta e oito) municipais, 4 (quatro) contratadas e 6 (seis) contratadas pelo SUS cujo objetivo é assegurar a execução das ações relativas à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, para uma população estimada em 111.095 habitantes.

Observou-se que houve a ampliação na oferta de exames e consultas especializados. Os serviços indisponíveis na rede municipal e ofertados em outros municípios são referenciados através da Agência Municipal de Agendamento.

Apesar da ampliação na oferta de serviços de saúde à população, é importante ressaltar que ainda há necessidade de novos investimentos em diversas áreas concedendo aos munícipes um atendimento eficiente e eficaz, com maior nível de resolutividade.

5. SÍNTESE

O presente Plano Municipal de Saúde deverá ser avaliado tendo como base as diretrizes estabelecidas e as ações dirigidas para o alcance de suas metas, por meio do acompanhamento dos indicadores; criação e implementação de instrumentos de registro e supervisão das ações e serviços.

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

A análise deverá ser realizada a partir dos eixos prioritários que foram selecionados, além de outras informações, resultantes de estudos, inquéritos, investigações e de pesquisa bibliográfica, e estará direcionada para:

(1) identificar desigualdades nas condições de saúde e no acesso a ações e serviços, segundo variáveis geográficas e socioeconômicas;

(2) verificar o impacto das ações e programas desenvolvidos, sobre as condições de saúde; e

(3) indicar necessidades de reorientação estratégica das ações, segundo possíveis cenários que contemplem mudanças nos quadros político, institucional, econômico, social e tecnológico.

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

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

6. EIXOS DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIOS (DIRETRIZES)

6.1 Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Município

Objetivo: Ampliar o acesso dos munícipes aos serviços básicos de saúde com qualidade e humanização.

Ações Propostas	Metas 2013
- Ampliação/Implementação da Atenção Primária no Município.	- Reestruturar 100% dos Territórios Sanitários do Município. - Ampliar em 70% a cobertura de Estratégia de Saúde da Família. - Implantar o Programa de Saúde Bucal em 100% das Equipes de Saúde da Família.

- Promoção da Saúde	- Implantar o Projeto Guarapari Saudável. - Implantar o Programa Municipal de Saúde do Idoso. - Implantar o Programa de Saúde Bucal do Idoso. - Realizar o cadastramento dos idosos com histórico: saúde-doença. - Implantação do Programa Saúde do Homem, com atenção estendida ao adolescente. - Implantar o Centro de Saúde do Trabalhador. - Estender o horário para atendimento odontológico específico para o trabalhador até às 19:30 horas. - Realizar Exame Citopatológico em 44% da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos. - Incentivar o Pré-Natal com o cadastro anual de 80% das gestantes do Município. - Garantir a realização de exames de pré-natal em 100% das gestantes cadastradas. - Implantar o Programa de Planejamento Familiar no município em parceria com as ESF. - Realizar a prevenção e tratamento de lesões pré-cancerígenas da mama e do colo de útero em 80% dos diagnósticos alterados. - Realizar atividades educativas e recreativas em datas comemorativas direcionadas à Saúde da Mulher. - Realizar Educação em Saúde em 80% das Escolas Municipais de Ensino Fundamental e Médio sobre Planejamento Familiar e Prevenção de Doenças. - Criar Grupos de Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Saúde e no Pronto Atendimento Municipal.
----------------------------	---

- Estruturação da Rede de Atenção Municipal	- Construir 06 Unidades de Saúde da Família com capacidade para 02 (duas) equipes em Independência, Setiba, Jabaraí, Ipiranga, Muquiçaba e Itapebussu. - Reformar/ampliar Unidades de Saúde de Perocão, Adalberto Simão Nader, Kubistchek, Meaípe, Centro, Samambaia e Reta Grande. - Implementar o Centro Odontológico Municipal. - Reestruturar o CTA/SAE Municipal conforme o Programa Nacional de DST/AIDS/Hepatites Virais. - Adquirir 01 (um) Odonto Móvel com vistas à melhoria do atendimento odontológico na zona rural. - Implantar 01 (um) Laboratório Móvel com a coleta de material nas unidades de saúde.
--	--

6.2. Implementação da Assistência Farmacêutica

Objetivo: Garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, excepcionais, programas específicos e correlatos na rede pública, com segurança e qualidade.

Ações Propostas	Metas 2013
- Reestruturação da Assistência Farmacêutica. - Racionalização, Normalização e Descentralização da Assistência Farmacêutica.	- Elaborar o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica. - Garantir a inserção de medicamentos específicos do Programa Saúde da Mulher no Plano Municipal de Assistência Farmacêutica, de acordo com o REMUME. - Criar a Gerência Municipal de Assistência Farmacêutica, dentro do organograma da Secretaria Municipal de Saúde. - Ampliar o elenco de medicamentos fornecidos nas unidades de saúde de acordo com as peculiaridades da população assistida. - Disponibilizar farmacêuticos em todas as Unidades de Saúde com maior fluxo de atendimento.

- Promoção do uso racional de medicamentos.	
- Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) - Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.	- Constar no Sistema de Regulação do Município as informações referentes aos processos de medicamentos excepcionais. - Criar o Programa de Capacitação e Educação Continuada em atenção básica e no uso racional de medicamentos. - Firmar parcerias com instituições de ensino para capacitação em Assistência Farmacêutica. - Realizar campanhas sobre prescrição e uso racional de medicamentos. - Instituir a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). - Criação de Câmara Técnica de Avaliação de Materiais Médico-Hospitalares, Insumos e Medicamentos. - Tornar disponíveis as informações apresentadas nas audiências públicas no site oficial da Prefeitura de Guarapari. - Inserção dos dados relacionados à Assistência Farmacêutica no Boletim Bimestral da Saúde. - Realizar atualizações periódicas da Relação Municipal de Medicamentos por equipe multiprofissional. - Distribuir o elenco de medicamentos da Farmácia Básica em todas as unidades de saúde. - Capacitar 100% dos profissionais que prescrevem e dispensam no uso das Relações Oficiais de Medicamentos; - Definir a Regulamentação Sanitária Municipal dos Medicamentos e outros aspectos relacionados no setor público e expansão para o setor privado. - Criar o Programa Municipal de Fármaco-Vigilância.

6.3. Implementação do Sistema de Vigilância em Saúde

Objetivo: Prevenir, controlar e alertar sobre os surtos, epidemias, agravos inusitados de maneira oportuna e, a partir da permanente vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental em saúde, reduzir a morbi-mortalidade no município de Guarapari.

Ações Propostas	Metas 2013
Vigilância Epidemiológica - Melhoria dos processos de notificação de agravos. - Divulgação das informações de epidemiologia. - Descentralização dos Programas de Imunização; Hanseníase, Tuberculose, MDDA, Dengue e Saúde de Ferro. - Intensificar a aproximação da Vigilância Epidemiológica e o Conselho Municipal de Saúde. - Criação da rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. - Prevenção e controle de doenças imunopreveníveis. - Prevenção e controle de doenças transmissíveis. - Vigilância das Doenças e Agravos não	- Capacitar 01 (um) representante de cada fonte notificadora de agravos da rede e particulares no preenchimento correto das fichas de notificação compulsória. - Capacitar 01 (um) representante de cada unidade de saúde e hospitais no atendimento eficaz a pacientes portadores dos agravos de notificação compulsória. - Inserção dos dados relacionados à Vigilância Epidemiológica no Boletim Bimestral da Saúde. - Reestruturação das Unidades de Saúde e Equipes de Estratégia de Saúde da Família. - Garantir a participação regular das reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde. - Implantar 03 (três) núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. - Implementar a vacinação de BCG e Hepatite em 100% das maternidades do município de Guarapari. - Implantar a Coordenação Municipal do Programa DST/AIDS/Hepatites Virais. - Implementar o Programa Municipal de DST/AIDS/Hepatites Virais. - Implantação do Núcleo de Dant's em

6.4. Assistência Integral Ambulatorial Especializada

Transmissíveis. - Redução da morbi-mortalidade por doenças transmissíveis. Vigilância Sanitária - Ampliação das ações de vistoria e licenciamento de estabelecimentos.	Guarapari. - Implantação do controle antropométrico de adultos hipertensos e diabéticos em 50% das Unidades de atenção primária à saúde. - Reduzir, em 5% ao ano, o índice de mortalidade por doenças do Aparelho Circulatorio na população a partir de 40 anos de idade. - Reduzir, em 5% ao ano, o índice de mortalidade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, na população a partir de 30 anos de idade. - Implantar, em 100% das Unidades, o programa de controle do tabagismo preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde. - Implementação do Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional. - Reestruturação da equipe multiprofissional de Vigilância Epidemiológica, inclusive com o profissional médico infectologista. - Reduzir em 50% o índice de infestação da Sífilis Congênita. - Reduzir em 30% o índice de transmissão vertical de HIV/AIDS. - Reduzir em 30% o índice de infecção de Hanseníase. - Reduzir em 30% o índice de infecção de Tuberculose. - Ampliar em 20% o número de estabelecimentos vistoriados e licenciados. - Aplicar roteiro de inspeção em 100% dos estabelecimentos vistoriados. - Adquirir e equipamentos de comunicação e outros afins para equipe de fiscalização. - Inspecionar 100% das escolas. - Inspecionar 65% das casas de aluguel
--	--

- Capacitação da Equipe de Fiscalização. - Melhoria do Processo. Vigilância Ambiental - Ampliação das atribuições do Centro de Controle de Zoonoses. - Educação Permanente.	(excursão e temporada) - Inspecionar 80% dos caminhões de transporte de alimentos. - Inspecionar 100% dos estabelecimentos públicos e privados de saúde de Guarapari. - Ampliar o quadro de responsáveis técnicos nas áreas de atuação de VISA. - Criar o Calendário Anual de Visitas a Instituições de Permanência de Idosos. - Capacitar a equipe de fiscalização nas diversas áreas de atuação pactuadas pela Vigilância Sanitária Municipal. - Priorizar capacitações para as ações assumidas pelo serviço de Vigilância Sanitária Municipal. - Estabelecer a emissão do documento de arrecadação municipal no próprio setor de Vigilância Sanitária. - Implantar o Centro de Vigilância em Saúde Ambiental. - Reestruturação física, técnica, operacional e administrativa do CCZ. - Implantar o Biomonitoramento Atmosférico no Município. - Promover a capacitação continuada dos agentes de combate a endemias com vista a sua atuação no controle de fatores de risco ambiental. - Promover a territorialização dos agentes de combate a endemias como forma de estreitar o vínculo com a comunidade. - Criação e execução da legislação municipal específica sobre a Dengue para dar sustentabilidade às ações de controle do vetor.
---	---

	- Implantação da Legislação Municipal sobre proteção e controle de populações animais. - Implantação do Projeto de Proteção e Controle Populacional de Cães e Gatos. - Cadastrar, reconhecer e assistir 60% dos carroceiros que trabalhem regularmente no Município. - Dinamizar as ações de vigilância, prevenção e controle dos agravos através do estreitamento da relação com outros setores da saúde, outras secretarias e órgãos municipais e a sociedade. - Garantir a execução do Plano de Contingência da Dengue no Município.
--	---

Objetivo: Garantir o acesso da população a uma rede pública de saúde resolutiva.

Ações Propostas	Metas 2013
- Revitalização da rede de atenção à saúde mental.	- Criar instrumento informativo (Caderno de Saúde Mental) contendo fluxo, procedimentos e condutas básicas dos profissionais de saúde mental. - Promover a participação de profissionais das equipes mínimas de saúde mental nas reuniões regionais de coordenação do Programa de Saúde Mental. - Criar o Cartão Individual de Saúde Mental, contemplando histórico e procedimentos a serem tomados com o paciente. - Realização de 04 (quatro) Seminários Municipais de Saúde Mental, integrados à Atenção Primária. - Realizar a capacitação de 100% dos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal em "Emergência Psiquiátrica". - Disponibilizar 01 (um) leito na Unidade de Pronto Atendimento para Acolhimento Específico de pacientes com surto psicótico.

6.5. Gestão em Saúde

- Implantação das redes temáticas especializadas de atenção em saúde. - Ampliação da Atenção Secundária	- Implantar 01 (um) CAPS ad (álcool e outras drogas) e 01 (um) CAPS i (infantil). - Criar 01 (uma) Equipe multidisciplinar Itinerante de Saúde Mental. - Realizar 02 oficinas terapêuticas nas comunidades a cada mês, promovendo o atendimento em grupo. - Modelar e implantar a Rede Materno-Infantil organizando os fluxos de atendimento e referência do Programa de Saúde da Mulher. - Implantar 01 (um) ponto de atenção na Unidade de Referência do Programa Saúde da Mulher para atendimento às vítimas de violência sexual doméstica. - Modelar e implantar a Rede de Urgência e Emergência no Município organizando os fluxos de atendimento na Unidade de Pronto Atendimento. - Construir a Unidade de Pronto Atendimento Porte II. - Construir/Implantar o Centro de Referência de Especialidades Municipal.
---	--

Objetivos: Apoiar o planejamento, coordenar, supervisionar e avaliar as políticas públicas na área da saúde.

Ações Propostas	Metas 2013
- Divulgação da Informação em Saúde - Intersetorialidade	- Criar o Boletim Informativo Bimestral da Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, para publicação e socialização das ações, deliberações, programas e agravos epidemiológicos no Município. - Definir, no Site da Prefeitura Municipal de Guarapari, o Link específico da Secretaria Municipal da Saúde. - Reestruturação do Programa de Educação em Saúde do Escolar.

6.6. Aprimoramento da Gestão, Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos

Ações Propostas	Metas 2013
- Estabelecimento da Educação Permanente com integração de serviços e ações visando a valorização dos profissionais de Saúde e Usuários	- Criar uma Equipe Multidisciplinar de Educação Permanente em Saúde. - Promover a Integração da equipe de Recursos Humanos e de Educação Permanente possibilitando a implementação de ações de gestão do trabalho e educação em saúde.

Objetivo: Garantir a participação efetiva do Conselho Municipal de Saúde nas ações em saúde do Município, bem como tornar realidade os Conselhos Locais de Saúde.

Ações Propostas	Metas 2013
- Controle Social	- Implementar a dotação orçamentária para o Conselho Municipal de Saúde. - Criar e implantar os Conselhos Locais de Saúde do Município.

- Fortalecimento da Participação Social - Realização de Conferências de Saúde	- Implantar 01 (uma) Ouvidoria SUS no Município. - Elaborar o Plano de Capacitação dos Conselheiros Municipais de Saúde. - Realizar (01) uma Conferência Municipal de Saúde a cada dois anos. - Realizar (04) quatro Fóruns Temáticos de Saúde.
--	--