



PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria de Saúde



**PLANO
MUNICIPAL
DE
SAÚDE
2006 – 2009**

VITÓRIA – ES

DEZEMBRO 2005

**Prefeito Municipal
João Carlos Coser**

**Vice-Prefeito
Sebastião Balarini**

**Secretário de Saúde
Luiz Carlos Reblin**

**Sub-Secretária de Saúde
Elizabeth Helena Mitleg Kulnig**

EQUIPE TÉCNICA

Ana Lúcia França

Andréa Maria Negrelli Valdetaro Borjaille

Bernadete Boldrini

Catarina Labore Pelecani Gava

Dorian Chim Smarzaro

Eida Maria Borges Gonsalves

Genecy Teixeira de Oliveira

Helder Catarino

Henriqueta Teresa do Sacramento

João Batista de Oliveira Gagno

Josenan A. Almeida Costa

Maria de Fátima Couto Nogueira

Maria Lúcia Pesente

Rita de Cássia dos Passos Souza

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	05
2. INTRODUÇÃO.....	07
3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	14
4. A REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO.....	31
5. IRETRIZES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	37
6. IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA.....	45
7. IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.....	46
8. FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL.....	50
9. IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL.....	50
10. ÊNFASE NO PLANEJAMENTO E NA AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE.....	52
11. IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE INCLUSÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA, CENTRADA NO ENFOQUE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COM ÊNFASE NA ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	53
12. GARANTIA DE RECURSOS FINANCEIROS PARA IMPLEMENTAÇÃO E SUSTENTABILIDADE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	53
13. CONSTRUÇÃO DE UMA GESTÃO DEMOCRÁTICA E REDUÇÃO DA MORBI-MORTALIDADE POR CAUSAS RELACIONADAS A GÊNERO, GERAÇÃO, CLASSE-SOCIAL, RENDA , RAÇA E ETNIA.....	54
14 – REDUÇÃO DA MORBI-MORTALIDADE POR CAUSAS RELACIONADAS A GÊNERO, GERAÇÃO, CLASSE-SOCIAL, RENDA , RAÇA E ETNIA.....	54
15. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	55
16. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
17. ANEXO – CONSOLIDADO DO PLANO DE AÇÃO 2006.....	

1 – APRESENTAÇÃO

Este Plano Municipal de Saúde descreve os princípios, as diretrizes, programas, ações e operações voltadas para a atenção à saúde dos moradores de Vitória e população referenciada, seja por meio de um sistema de referência e contra-referência, seja em função da condição natural de cidade pólo regional e estadual.

Destina-se ao período de governo de 2006 a 2009, em conformidade com as definições das normas vigentes do Sistema Único de Saúde - SUS, pactuadas entre as três esferas de governo.

Todas as questões elencadas se baseiam nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, no Programa de Governo debatido com a sociedade que elegeu a atual administração e no planejamento estratégico da Prefeitura Municipal de Vitória e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) realizado no corrente ano.

A operacionalização deste Plano Municipal de Saúde dar-se-á por meio dos planos operativos anuais - Planos de Ação 2006, 2007, 2008 e 2009, que conterão as ações, as metas e os recursos, mediante os quais serão alcançados os objetivos estabelecidos.

DA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DA SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória organizará seus serviços e ações de saúde de acordo com a Norma Operacional Básica – (NOB-SUS 01/96) que compreende os seguintes campos:

a) Da assistência

Atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) Das intervenções ambientais

No seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros);

c) Das políticas externas ao setor saúde

Que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Neste campo, insere-se com muita importância o Comitê de Políticas Setoriais, instância estabelecida no novo modelo de gestão da Prefeitura de Vitória, onde são debatidas e deliberadas as ações e operações dos programas prioritários de governo em caráter intersetorial e transversal e, portanto, espaço privilegiado para a articulação do setor saúde com as demais secretarias municipais para a construção de políticas públicas saudáveis.

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela **promoção, proteção e recuperação**, nos quais deve ser sempre **priorizado o caráter preventivo**.

Por fim, a NOB/96 assinala que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância ambiental, vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

2 – INTRODUÇÃO

A estratégia de gestão definida para esta administração é de um planejamento democrático e participativo, colegiado, sistemático e contínuo, integrado, baseado na intersetorialidade e na participação popular, partindo-se da democratização interna, no âmbito da Prefeitura e externa, no âmbito da sociedade civil e movimentos organizados.

A atual Administração Municipal está pautada segundo os seguintes **valores**:

- Ética;
- Respeito à Democracia;
- Transparência;

- Eficácia Administrativa;
- Participação cidadã;
- Controle Social;
- Defesa dos Direitos Humanos;
- Valorização da Pessoa;
- Solidariedade;
- Valorização do Servidor Municipal;
- Zelo do Bem Público.

Acrescidos a esses valores estão as seguintes **marcas**:

- Inclusão social;
- Cidade de Todos;
- Uma só cidade;
- Diminuir a desigualdade;
- Carinho com as pessoas;
- Cuidado com a cidade;
- Prefeito próximo da população;
- Trabalho e responsabilidade;
- Vitória da paz;
- Defesa da vida;
- Agindo hoje e pensando o amanhã;
- Gestão democrática, transparente e eficiente.

2.1 - EIXOS ESTRATÉGICOS :

- **Desenvolvimento sustentável com inclusão social**

Este é um governo comprometido com a construção de uma sociedade sem excluídos, justa e democrática para que a maioria da população possa se beneficiar das melhorias advindas do desenvolvimento econômico e social. O governo coloca em primeiro lugar as pessoas como prioridade de sua ação política e social, ampliando e qualificando os atendimentos de saúde, educação e trabalhando para melhorar os indicadores sociais e de qualidade de vida. Nosso governo constituirá um projeto de cidade onde a prioridade do desenvolvimento econômico também será sustentada pela preocupação com a preservação ambiental. Olhar para o futuro, compreendendo que cuidar da cidade e pensar seu desenvolvimento econômico, deve estar subordinado ao cuidado com as pessoas e o espaço urbano onde organizam suas vidas.

- **Democratização da Gestão Pública**

Implementação da democracia participativa, por meio do Orçamento Participativo, dos Conselhos Municipais Setoriais, conferências temáticas, entre outros canais colocados à disposição pelo governo ou criados pela sociedade civil com o objetivo de incorporar a população na formulação e decisão das políticas públicas para discutir o destino da cidade e da sua vida. O governo deve chamar o cidadão para compreender o papel e os limites do Estado e fortalecer a participação no poder local. Este é um processo que deve ser aprofundado no sentido de ampliar a disputa cotidiana de hegemonia para qualificar a educação política e o grau de consciência política da cidadania.

- **Defesa da Vida e Respeito aos Direitos Humanos**

Este governo é comprometido com os direitos humanos e não aceita uma sociedade onde as pessoas não disponham de condições dignas de sobrevivência. Para o nosso governo a vida é um valor fundamental para onde devem convergir todas as políticas públicas, promovendo a defesa dos segmentos menos favorecidos que demandam ações do governo para restituir sua condição de cidadão e cidadã.

2.2- DIRETRIZES DE GOVERNO NO SETOR SAÚDE

No setor saúde, esses valores, marcas e eixos estratégicos se traduzem na efetivação do Sistema Único de Saúde com ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde, a humanização da atenção, o resgate da dimensão cuidadora da saúde, a reestruturação do modelo assistencial, a valorização dos trabalhadores da saúde, enfim, um projeto em defesa da vida dos cidadãos.

Este plano de saúde está fundamentado nos compromissos da reforma sanitária e na consolidação do SUS no âmbito do Município de Vitória, com a garantia dos princípios constitucionais de que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e a busca da universalização e da equidade com redução das desigualdades em saúde.

2.3 - MODELO DE GESTÃO

A Prefeitura Municipal de Vitória está organizada em num novo modelo de gestão, conforme esquematizado abaixo tendo como principal instância os comitês temáticos, que são os seguintes:

- Comitê de políticas sociais
- Comitê de desenvolvimento econômico e social
- Comitê de atividades meio
- Comitê de desenvolvimento urbano

Esses comitês têm como responsabilidade principal o acompanhamento dos programas prioritários de governo e suas ações, visando garantir a transversalidade e intersetorialidade dos mesmos.

A Secretaria Municipal de Saúde por sua vez, compõe o Comitê de Políticas Sociais e participa, como convidada, dos Comitês Temáticos. Além disso, possui

seus próprios programas prioritários que são acompanhados pelo Comitê Gestor interno da SEMUS.

2.3.1 - Gestão Colegiada na Secretaria Municipal da Saúde

A gestão colegiada da SEMUS é operacionalizada nas reuniões dos diferentes comitês gestores, cujas pautas são administradas pelos responsáveis (Secretários Executivos) indicados pelo Secretário Municipal da Saúde, e são compostas única e exclusivamente de assuntos previamente estruturados (relação causa/efeito explicitadas e analisadas) e instruídos com as informações necessárias à orientação da discussão final. Sob esta forma tais assuntos são encaminhados aos membros dos Comitês com antecedência mínima de 48 horas. Ao todo existem quatro comitês:

- **Comitê Gestor:**

Objetivo: analisar, formular, deliberar, implementar e avaliar os programas e ações relativos ao tema de competência do órgão.

Composição: secretário, subsecretários, secretário executivo, assessores e gerentes.

Frequência de Atividades: quinzenal

- **Comitê Gestor Ampliado:**

Objetivo: analisar a implementação das ações, ajustar formulações, debater, orientar deliberações do Comitê Gestor, integrar os programas e seus gerenciamentos, adequar o monitoramento das ações estratégicas relativas ao tema.

Composição: membros do Comitê Gestor, responsáveis pelas estruturas meio e diretores de unidades de serviços (Unidades Básicas de Saúde, centros de referência, pronto-atendimentos e laboratório de análises clínicas).

Frequência de Atividades: mensal.

- **Comitê Gestor Regional:**

Objetivo: analisar a implementação das ações, ajustar formulações, debater, orientar deliberações do Comitê Gestor, integrar os programas e seus gerenciamentos e adequar o monitoramento das ações estratégicas nas respectivas regiões de saúde.

Composição: diretores de unidades de serviços existentes na região de saúde.

Frequência de Atividades: mensal.

• **Comitê Gestor das Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência e Pronto-Atendimentos:**

Objetivo: gerir e operacionalizar ações de saúde no nível local, ofertando os serviços que constituem o Sistema Municipal de Saúde provendo acesso e acolhimento aos usuários e mediando a relação entre a comunidade e a Secretaria Municipal de Saúde.

Composição: Diretor de Unidade Básica de Saúde, alguns profissionais de saúde e colaboradores das áreas meio.

Frequência de Atividades : cotidiana

A operacionalização do Plano Municipal de Saúde se dará também através de grupos de trabalho específicos para um conjunto de iniciativas vinculadas a um programa e/ou ação. Será composto pelo gerente do projeto e técnicos das áreas envolvidas - equipe multidisciplinar e intersetorial organizada em caráter temporário.

Além dessas instâncias, poderá ser necessário o estabelecimento de convênios – co-financiamento com instituições de saúde públicas ou filantrópicas do município, bem como a contratação de consultorias especializadas e pontuais para a efetivação do Plano Municipal de Saúde.

O gerenciamento das rotinas:

Com base nos procedimentos técnicos de gestão das rotinas de atendimento às demandas, incluindo a manutenção das estruturas físicas e de serviços de apoio à execução das ações de saúde, os responsáveis por unidades de serviços, em conjunto com seus colaboradores locais, avaliarão constantemente a efetividade

destas ações, propondo ajustes operacionais e/ou estratégicos sempre que necessário.

Os ajustes operacionais:

Os ajustes operacionais são de responsabilidade dos diretores das unidades de serviços que, respeitadas as diretrizes estratégicas, protocolos, objetivos e metas definidos pelos Comitês Gestores (com base no processamento técnico-político das Estruturas Meio e Assessorias), deverão sempre discutir e decidir de forma coletiva e ágil, implementando correções para abranger toda a rede envolvida nas ações, buscando manter a eficiência e eficácia da SEMUS no atendimento às demandas da população.

Os ajustes estratégicos:

Os ajustes e correções de caráter estratégico deverão ser propostos ao Comitê Gestor Ampliado onde, apresentados em reunião sob forma estruturada (com apoio das Assessorias e Estruturas Meio) e previamente discutido pelos responsáveis operacionais envolvidos (Diretores de Unidades Básicas de Saúde), serão analisados e terão seu mérito e plano de ações avaliados.

O gerenciamento dos ajustes operacionais e estratégicos:

As Estruturas Meio e Assessorias serão responsáveis pelas atividades de controle, orientando o gerenciamento das mudanças pretendidas, ou seja, identificando as necessidades de ajustes (operacionais e/ou estratégicos), discutindo tais necessidades com os Diretores de Unidades Básicas de Saúde, estruturando apresentação de propostas de ajustes e encaminhando-as ao Comitê Gestor para avaliação, deliberação e ou encaminhamento ao Comitê Gestor Ampliado conforme a prioridade.

Tais ritos administrativos e de gestão, deverão contemplar:

- A estruturação técnica do problema em análise (explicitar relação causa / efeito);
- A documentação formal por meio do Portal de Gestão (elaboração de proposta do plano de ação);

- A busca da agilidade e produtividade temporal dos procedimentos de discussão.

3 - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Vitória possui 88,7 km² de extensão, sendo constituído por ilhas e por uma região montanhosa, circundada por numerosos terrenos de mangue e restingas. Seu clima é tropical úmido, com temperatura média mensal variando entre 18,0° e 30,0°C . A maior precipitação de chuvas ocorre entre outubro e janeiro.

Possui parques e unidades de conservação que abrigam uma grande diversidade de espécies de animais e vegetais. A maioria dessas áreas verdes é aberta a visitação pública, oferecendo às comunidades da região opções de esportes, recreação, lazer e educação ambiental.

Integra a Região Metropolitana de Vitória, ou Grande Vitória, em conjunto com os municípios de Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana, Guarapari e Fundão. Sua área representa 6,15% da Região Metropolitana e 0,19% do território estadual.

3.1 – PERFIL DEMOGRÁFICO

A capital do estado de Espírito Santo possui uma população de 313.309 habitantes. A sua população corresponde a 9,2% da população do Estado

(3.408.360 habitantes), apresentou um incremento médio anual de 1,43% nos últimos 5 anos, enquanto que o crescimento na Região Metropolitana e no Estado foi, respectivamente, de 2,63% e 2,01%. Conforme estimativa do IBGE para o ano de 2005

3.1.1 – População por Região e Território de Saúde

O Município de Vitória está dividido em 06 regiões de saúde, a saber:

Região I – Continental: possui 92.286 habitantes, configura-se como a mais populosa do Município. É composta por 13 bairros, que se distribuem em 05 territórios de saúde com suas respectivas populações:

Tabela 01 - População, segundo territórios de saúde. Região Continental, 2005.

Território de Saúde	População
Jabour	4.778
Maria Ortiz	15.329
Bairro República	17.281
Jardim da Penha	28.595
Jardim Camburi	26.303
Total	92.286

Fonte: SEMUS - Estimativa a partir dos dados da SEDEC

Região II – Maruípe: possui uma população de 72.168 habitantes. É composta por 18 bairros, que se distribuem em 05 territórios de saúde com suas respectivas populações:

Tabela 02 - População, segundo territórios de saúde. Região de Maruípe, 2005

Território de Saúde	População
Maruípe	22.442
Andorinhas	13.751
Bairro da Penha	15.017
Bonfim	9.553
Consolação	11.405

Total **72.168**

Fonte: SEMUS- Estimativa a partir dos dados da SEDEC

Região III – Centro: possui uma população de 28.531 habitantes. É composta por 11 bairros, que se distribuem em 04 territórios de saúde.

Tabela 03 - População, segundo territórios de saúde. Região do Centro, 2005

Território de Saúde	População
Santa Teresa/Avelina	8.201
Ilha do Príncipe	3.120
Vitória	14.944
Fonte Grande	2.266
Total	28.531

Fonte: SEMUS- Estimativa a partir dos dados da SEDEC.

Região IV - Santo Antônio: possui uma população de 30.667 habitantes. É composta por 08 bairros, que se distribuem em 03 territórios com suas respectivas populações:

Tabela 04 - População, segundo territórios de saúde. Região de Santo Antônio, 2005

Território de Saúde	População
Grande Vitória	10.560
Santo Antônio	13.097
Arivaldo Favalessa	7.010
Total	30.667

Fonte: SEMUS- Estimativa a partir dos dados da SEDEC.

Região V - São Pedro: Possui uma população de 31.279 habitantes. É composta por 09 bairros, que se distribuem em 04 territórios de saúde com suas respectivas populações:

Tabela 05 - População, segundo territórios de saúde. Região de São Pedro, 2005

Território de Saúde	População
São Pedro V	7.864
Ilha das Caieiras	7.910
Santo André	9.251
Resistência	6.254

Total

31.279

Fonte: SEMUS- Estimativa a partir dos dados da SEDEC

Região VI - Forte São João: possui uma população de 58.378 habitantes. É composta por 18 bairros, que se distribuem em 04 territórios de saúde:

Tabela 06 - População, segundo territórios de saúde. Região do Forte São João, 2005

Território de Saúde	População
Forte São João	8.493
Ilha de Santa Maria	9.476
Praia do Suá	28.970
Jesus de Nazareth	11.439
Total	58.378

Fonte: SEMUS- Estimativa a partir dos dados da SEDEC.

3.1.2 – População por Sexo

Conforme estimativas do IBGE para o ano de 2005, a relação entre as populações masculina e feminina mantém-se estável nos últimos cinco anos, em torno de 1,12 mulheres para cada homem. A população masculina é de 147.850 (47,19%), enquanto a feminina é de 165.459 (52,81%).

3.1.3 – População por Faixa Etária

O padrão demográfico do município de Vitória apresentou considerável alteração nos últimos 25 anos, conforme tabela abaixo:

Tabela 07 – População, segundo faixa etária. Vitória, 1980 e 2005

Faixa Etária	1980		2005	
	População	%	População	%
< 01 ano	5.647	2,72	4.632	1,48
01 a 14 anos	62.143	29,91	71.345	22,77
15 a 24 anos	51.021	24,56	64.778	20,68
25 a 39 anos	45.392	21,86	75.192	24,00
40 a 59 anos	31.622	15,22	69.339	22,13

60 anos e mais	11.690	5,63	28.023	8,94
Ignorada	221	0,11	-	-
Total	207.736	100	313.309	100

Fonte: Datasus

A participação percentual das faixa etárias mais jovens (até 24 anos) apresentou queda em relação ao total da população. Em menores de um ano de idade há um indicativo de queda na taxa de natalidade no município. No outro extremo, a participação percentual dos idosos (60 anos e mais) na população total apresentou considerável incremento.

3.2 – PERFIL SOCIOECONÔMICO

3.2.1 – Nível de emprego por tipo de atividade

Os indicadores de emprego no Município demonstram que em 2000 a população economicamente ativa totalizava 150.093 pessoas (51,35% da população do município). Desse total, 125.679 estavam ocupadas (83,73%) e 24.143 desocupadas (16,27%). Analisando a população ocupada, a maior parte exercia atividade profissional no setor de prestação de serviço (62%), conforme tabela a seguir:

Tabela 08 – Distribuição setorial da população ocupada. Vitória, 2000

Atividades Agrupadas	N.º	%
Atividades agropecuárias	1.382	1,10
Atividades industriais	21.365	17,00
Comércio e reparação	22.874	18,20
Atividades de prestação de serviço	78.676	62,60
Atividades não especificadas	1.382	1,10
Total	125.679	100

Fonte: IPES (Instituto de Apoio a Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves)

3.2.2 – Renda familiar média

Em relação ao rendimento per capita, os indicadores demonstram que aproximadamente 42% das famílias de Vitória vivem com rendimentos de até dois salários mínimos, conforme a tabela 09.

Tabela 09 – Rendimento das famílias , segundo faixa de rendimento mensal familiar per capita. Vitória, 2000

Faixa de Renda Mensal Familiar Per Capita (Salário Mínimo)	Número de Famílias	%
Sem rendimentos	3.014	3,32
Até ½ SM	8.371	9,23
Mais de ½ a 1 SM	13.630	15,03
Mais de 1 a 2 SM	16.493	18,18
Mais de 2 a 3 SM	9.199	10,14
Mais de 3 a 5 SM	12.922	14,25
Mais de 5 a 10 SM	15.550	17,14
Mais de 10 a 20 SM	8.047	8,87
Mais de 20 SM	3.479	3,84
Total	90.705	100

Fonte: IPES (Instituto de Apoio a Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves)

3.2.3 – Grau de Instrução

O número de analfabetos no município de Vitória entre a população de 15 anos ou mais, apresentou uma queda de aproximadamente 30% entre 1991 e 2000. A taxa de analfabetismo no município caiu de 7,2 em 1991 para 4,1 em 2000. Entre as mulheres, a taxa é maior do que a verificada entre os homens, respectivamente: 4,9 e 3,2. A tabela 10 apresenta as taxas de analfabetismo por faixa etária.

Tabela 10 – Condição de alfabetização da população de 15 anos e mais e taxa de analfabetismo, segundo faixa etária. Vitória, 2000

Faixa Etária	Condição de Alfabetização		Total	Taxa De Analfabetismo
	Não Sabe Ler e Escrever	Sabe Ler e Escrever		
15 a 17	204	17.437	17.640	1,2
18 a 24	456	42.339	42.796	1,1
25 a 39	1.630	68.520	70.150	2,3
40 a 59	3.191	61.499	64.690	4,9
60 a 64	853	7.183	8.036	10,6
> 64	2.753	15.355	18.108	15,2

Total	9.087	212.333	221.420	4,1
--------------	--------------	----------------	----------------	------------

Fonte: IPES

3.2.4 – Saneamento básico e destinação do lixo

A maior parte dos domicílios de Vitória, 99,5%, dispõe de abastecimento de água tratada (tabela 11).

Tabela 11 – Formas de abastecimento de água dos domicílios particulares permanentes. Vitória, 2000

Origem do Abastecimento de Água	Número de Domicílios	%
Rede geral	85.054	99,46
Poço ou nascente	271	0,32
Outra	189	0,22
Total	85.514	100

Fonte: IPES

Em relação ao esgotamento sanitário, praticamente 90% dos domicílios de Vitória dispõe de rede de esgoto; 96,50% dispõe de banheiro; 2,90% só de sanitário e 0,60% não dispõe de banheiro e nem sanitário (tabela 12)

Tabela 12 – Formas de esgotamento sanitário dos domicílios particulares permanentes. Vitória, 2000

Forma de Esgotamento	Com Banheiro		Com Sanitário		Sem Banheiro Sem Sanitário		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Fossa rudimentar	171	0,21	85	3,43	-	-	256	0,30
Fossa séptica	6.927	8,39	85	3,43	-	-	7.012	8,20
Outro escoadouro	85	0,10	-	-	-	-	85	0,10
Rede geral de esgoto ou pluvial	74.397	90,16	2.139	86,25	-	-	76.536	89,50
Rio, lago ou mar	770	0,93	171	6,89	-	-	941	1,10
Vala	171	0,21	-	-	-	-	171	0,20
Nenhuma	-	-	-	-	513	100	513	0,60
Total	82.521	100	2.480	100	513	100	85.514	100

Fonte: IPES

Tabela 13 – Destino do lixo produzido pelos domicílios particulares permanentes. Vitória, 2000

Destino do Lixo	Número de Domicílios	%
Coletado	85.183	99,62
Jogado em rio, lago ou mar	20	0,02
Jogado em terreno baldio ou logradouro	99	0,12
Queimado ou enterrado	183	0,21
Outro	29	0,03
Total	85.514	100

Fonte: IPES

3.3 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico do município de Vitória assemelha-se ao cenário nacional, onde se observa uma transição com mudança na estrutura de morbimortalidade refletida na queda da mortalidade infantil, diminuição da fecundidade, aumento da expectativa de vida e, conseqüente envelhecimento da população. Em decorrência, verifica-se o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, tendo como primeira causa de morte no Município no ano 2004, as doenças cardiovasculares, seguidas dos óbitos decorrentes de neoplasias.

Os principais agravos incidentes e prevalentes na população podem ser agrupados em três categorias distintas:

- Doenças crônico-degenerativas: hipertensão arterial; diabetes mellitus; neoplasias, entre outras;
- Doenças infecciosas e parasitárias: dengue; tuberculose; hanseníase, entre outras;
- Causas externas: homicídios, acidentes de trânsito; acidentes diversos, entre outras.

Destaca-se o aumento de mortes prematuras na população masculina jovem, em função da violência. As causas externas ocuparam o terceiro lugar em mortalidade no Município, no ano de 2004, com predomínio dos homicídios.

Algumas doenças infecto-contagiosas como a tuberculose, a AIDS, a hanseníase, o dengue e outras, ainda apresentam taxas de prevalência significativas.

3.3.1 - Perfil de Mortalidade Geral

Ocorreram em Vitória no ano de 2004 um total de 1.672 óbitos, que proporcionou um coeficiente de mortalidade geral de 5,46 óbitos por 1.000 habitantes. As principais causas de óbitos foram por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, que responderam por quase 70% das mortes. A maior parte dos óbitos foi do sexo masculino, aproximadamente 58%.

Tabela 14 – Mortalidade, segundo causa e sexo. Vitória, 2004

Causa do Óbito	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Doenças do aparelho circulatório	295	30,47	259	36,79	554	33,13
Neoplasias	163	16,84	167	23,72	330	19,74
Causas externas	232	23,97	48	6,82	280	16,75
Outras causas	278	28,72	230	32,67	508	30,38
Total	968	100	704	100	1.672	100

Fonte: SEMUS/DAI/VE- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

3.3.2 - Mortalidade por Causas Específicas

- **Doenças do aparelho circulatório**

Considerando o capítulo das doenças do aparelho circulatório, somente o acidente vascular cerebral representou 34% dessas mortes, enquanto os infartos responderam por 22%. Aproximadamente 30% dos óbitos ocorreram na faixa etária de 80 anos ou mais (tabela 15). De modo geral a maior parte das mortes ocorreu na faixa etária dos idosos, cerca de 75% tinham 60 anos ou mais e 53% eram do sexo masculino.

Tabela 15 – Mortalidade por doenças do aparelho circulatório, segundo faixa etária. Vitória, 2004

Faixa Etária	Nº	%
10 a 14 anos	01	0,18
15 a 19 anos	01	0,18
20 a 29 anos	08	1,44
30 a 39 anos	11	1,99
40 a 49 anos	40	7,22
50 a 59 anos	75	13,54
60 a 69 anos	126	22,74
70 a 79 anos	133	24,01
80 anos e mais	159	28,70
Total	554	100

Fonte: SEMUS/DAI/VE- SIM

- **Neoplasias**

A maioria dos óbitos ocorreu na faixa etária de 70 a 79 anos, cerca de 25%. Aproximadamente 65% estavam na faixa etária de 60 anos ou mais (tabela 16). A neoplasia de pulmão foi responsável por 16% dos óbitos. Entre os homens, o câncer de pulmão respondeu por 21 % das mortes, enquanto o câncer de próstata representou 13% dos óbitos. Entre as mulheres o câncer de mama destacou-se, com aproximadamente 19% dos registros.

Tabela 16 – Mortalidade por neoplasias , segundo faixa etária. Vitória, 2004

Faixa Etária	Nº	%
01 a 04 anos	01	0,30
05 a 14 anos	01	0,30
10 a 14 anos	03	0,91
15 a 19 anos	03	0,91
20 a 29 anos	04	1,21
30 a 39 anos	08	2,42
40 a 49 anos	37	11,21
50 a 59 anos	60	18,18
60 a 69 anos	71	21,52
70 a 79 anos	85	25,77
80 anos e mais	57	17,27
Total	330	100

Fonte: SEMUS/DAI/VE- SIM

- **Causas Externas**

As mortes por causas externas ocupam uma posição de destaque entre as principais causas de morte do município desde os anos 80, ora ocupando a segunda posição, ora ocupando a terceira em relação às outras causas de morte. A grande mudança se verifica no perfil da mortalidade dentro do próprio grupo das causas externas. Em 1980 a taxa de mortalidade por homicídio era de 9,1 por 100.000 habitantes, enquanto os acidentes de transporte respondiam por uma taxa de 29,4 mortes a cada 100.000 habitantes. Em 2000 a taxa de mortalidade por homicídios foi de 57,3 mortes por 100.000 habitantes, já a taxa por acidentes de transporte foi de 19,5 por 100.000 habitantes. A tabela a seguir demonstra o perfil da mortalidade por causas externas no município de Vitória nos últimos quatro anos.

Tabela 17 - Mortalidade por Causas Externas , segundo categoria de causas. Vitória, 2001- 2004

Categoria de causas	2001	2002	2003	2004
Homicídio	179	161	131	169
Acidente de Transporte	53	46	45	45
Suicídio	10	13	9	10
Queda	34	31	24	34
Afogamento	3	4	7	8
Outros	17	8	13	14
Total	296	263	229	280

Fonte: SEMUS/DAI/VE-SIM

No ano de 2004 os homicídios corresponderam a 60% dos óbitos. Os jovens foram as maiores vítimas, visto que aproximadamente 50% das vítimas tinham entre 15 e 29 anos (tabela 18) e 83% eram do sexo masculino.

Tabela 18 – Mortalidade por causas externas, segundo faixa etária. Vitória, 2004

Faixa Etária	Nº	%
< 01 ano	01	0,36
01 a 04 anos	02	0,71
05 a 14 anos	01	0,36
10 a 14 anos	07	2,50
15 a 19 anos	45	16,07
20 a 29 anos	90	32,14

30 a 39 anos	53	18,93
40 a 49 anos	26	9,29
50 a 59 anos	16	5,71
60 a 69 anos	08	2,86
70 a 79 anos	15	5,36
80 anos e mais	16	5,71
Total	280	100

Fonte: SEMUS/DAI/VE - SIM

3.3.3 - Mortalidade por Grupo Populacional Específico

- **Mortalidade Materna**

Conforme dados do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil da Secretaria Municipal de Saúde Vitória, os índices de mortalidade materna no município de Vitória nos últimos anos são considerados médios pela Organização Mundial da Saúde. No entanto, devido ao pequeno número de óbitos apresentados no período analisado, o ideal é avaliar os números absolutos e não as taxas apresentadas (tabela 19).

Tabela 19 – Número de óbitos maternos e taxa de mortalidade materna (por 100.000 mulheres). Vitória, 2000 – 2004

Ano	Número de Óbitos Maternos	Taxa de Mortalidade Materna
2000	01	20,44
2001	-	-
2002	03	68,10
2003	01	22,81
2004	02	46,14

Fonte: SEMUS/DAI/VE-SIM-COPEMI

- **Mortalidade infantil**

Com relação ao coeficiente de mortalidade infantil (CMI), os índices verificados no município de Vitória são considerados baixos (abaixo de 20 por 1.000 nascidos vivos). Tem apresentado variações consideráveis, pois o número de nascidos vivos (NV) na cidade apresentou um decréscimo médio de 2,8% nos últimos quatro anos e variações absolutas no número de óbitos afetam o CMI (tabela 20).

Tabela 20 – Número de óbitos de menores de um ano, nascidos vivos e coeficiente de mortalidade infantil(CMI). Vitória, 2000 - 2004

Ano	N.º de Óbitos (< 01 Ano)	N.º de Nascidos Vivos	CMI(1.000 nascidos vivos)
2000	66	4.927	13,39
2001	52	4.535	11,47
2002	37	4.405	8,40
2003	60	4.384	13,69
2004	56	4.370	12,81

Fonte: SEMUS/DAI/VE-SIM-SINASC-COPEMI

Dos 56 óbitos infantis ocorridos em 2004, 39 estavam relacionados a causas sensíveis a atenção ambulatorial. Nove deles ocorreram por prematuridade e sete por doença hipertensiva específica da gravidez .

Mortalidade em crianças menores de 5 anos por diarreia

Entre 2000 e 2004 foram registrados 05 óbitos por doenças diarreicas no município de Vitória, três em 2000, um em 2001 e um em 2004. Todos os óbitos ocorreram em menores de 01 ano de idade.

3.3.4 – Nascidos Vivos

O número de nascidos vivos no município de Vitória vem se apresentando em declínio nos últimos anos. Entre 2000 e 2004 o decréscimo médio foi de 2,8% (quadro 20). Em 2004 foram registrados 4.370 nascidos vivos, dos quais 51,57% eram do sexo masculino e 48,43% do sexo feminino. O percentual de partos cesários foi de aproximadamente 55%, bem acima dos 15% preconizados pela Organização Mundial da Saúde (tabela 21).

Tabela 21 – Número de nascidos vivos, segundo tipo de parto. Vitória, 2004

Tipo de Parto	N.º	%
Vaginal	1.982	45,35
Cesário	2.383	54,54
Não informado	03	0,07
Ignorado	02	0,04
Total	4.370	100

Fonte: SEMUS/DAI/VE-SINASC

3.3.5 – Perfil de Morbidade

- **Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**

Estima-se que 20% da população acima de 20 anos sejam portadores de hipertensão Arterial, destes, 70% estejam no estágio inicial da doença, podendo ser reversível ou controlada através da mudança de estilo de vida para hábitos saudáveis. (MS,2000).

Foram cadastrados no Sis-hiperdia (Sistema Municipal de Informação dos Hipertensos e Diabéticos) 16.637 pacientes até dezembro de 2005, representando 41% do número de hipertensos esperados.

A prevalência de diabetes para a faixa de 30-69 anos é de 7,6% e a incidência estimada é de 7,8 por 100.000 habitantes com menos de 20 anos. Estima-se que 3,8% da população adulta sejam diabéticos não diagnosticados. O coeficiente de mortalidade para o Brasil é de 9,45 por 100.000 habitantes. Estima-se que a população diabética esteja assim distribuída: 90% não-insulino dependentes; 5 a 10% de insulino-dependentes; 2% de casos secundários ou associados. O diabetes gestacional transitório ocorre em 2,5% das gestações. (MS,2000)

A estimativa do número de diabéticos para o Município é de 10.506 pacientes. Foram cadastrados no Sis-hiperdia 4.199 pacientes até dezembro de 2005, correspondendo a 40% do número de diabéticos esperados.

- **Morbidade por Demanda Ambulatorial**

A análise do registro das causas dos atendimentos (hipótese diagnóstica) aos municípios realizados na rede ambulatorial, em 2004, nos revela que as maiores freqüências de morbidade foram, em ordem decrescente: hipertensão essencial primária; cárie dentária; nasofaringite aguda; sinusite aguda; diabetes mellitus; doenças da polpa e dos tecidos periapicais dos dentes; amigdalite aguda; asma; exame especial de rastreamento de neoplasmas; cefaléia; dorsalgia; dor abdominal e pélvica; gengivite e doenças periodontais; e anemia por deficiência de ferro. Estas causas representaram 45,96% do total.

Tabela 22 – Morbidade por Grandes Causas. Vitória, 2004

Grandes Causas	Freqüência	%
Fatores que influenciam o estado de Saúde e o contato com o serviços de saúde	279.208	31,24
Doenças do Aparelho Respiratório	110.159	12,32
Doenças do Aparelho Circulatório	91.121	10,19
Doenças do Aparelho Digestivo	87.925	9,84
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	63.609	7,12
Algumas Doenças Infecciosas Parasitárias	43.679	4,89
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	42.523	4,76
Doenças do Aparelho Geniturinário	34.492	3,86
Transtornos Mentais e comportamentais	32.710	3,66
Outras Causas	108.455	12,13
Total	893.881	100,00

Fonte: SEMUS/NPS-BUP

- **Morbidade por Doenças de Notificação Compulsória**

A freqüência das doenças de notificação compulsória no município de Vitória (tabela 23) apresenta-se diferenciada conforme o agravo em questão. O dengue apresentou maior freqüência em todos os anos analisados, sobretudo em situações de epidemia. Quanto às doenças imunopreveníveis (coqueluche, tétano, paralisia flácida aguda) registrou-se baixas freqüências, o que não reduz a vigilância da SEMUS sobre elas.

Tabela 23 – Doenças de notificação compulsória, casos notificados. Vitória, 2000 - 2004

DOENÇAS	ANO				
	2000	2001	2002	2003	2004
Febre tifoide	-	01	02	-	-
Leptospirose	04	14	12	04	136
Coqueluche	04	04	02	17	-
Tétano acidental	-	-	-	-	02
Sífilis congênita	22	29	35	33	21
PFA	02	01	-	-	-
Dengue	5.679	1.837	4.320	6.358	502
Febre amarela	-	-	-	01	-
Hantavirose	-	-	-	-	02
Exantemáticas	112	290	70	43	26
Hepatite viral	178	79	18	64	138
Esquistossomose	08	09	-	02	-
Malária	-	01	03	13	20
Meningite	93	50	95	58	58
Leishmaniose tegumentar am.	-	01	03	02	-
Chagas	-	-	-	01	03
AIDS	71	59	136	66	85
Hanseníase (casos novos)	111	118	191	180	110
Tuberculose (casos novos)	170	172	176	151	168
Total	6.454	2.665	5.063	6.993	1.271

Fonte: SEMUS/DAI/VE-SINAN

Em relação às doenças exantemáticas (rubéola e sarampo), embora ocorram muitas notificações, poucos casos se confirmam. A maior parte dos casos notificados foi de rubéola. Sobre o sarampo, o último caso confirmado no município de Vitória foi em 1999. Ainda sobre as doenças imunopreveníveis, a meningite registrou um número considerável de notificações. Com relação a essa doença, a ação da secretaria de saúde tem sido sempre rápida e eficaz no que se refere às medidas de quimioprofilaxia.

A notificação de hepatite tem apresentado uma grande frequência. Muitos casos foram do tipo A, no entanto a vigilância epidemiológica da SEMUS tem estado atenta para ocorrência dos tipos B e C. A AIDS é uma doença que ocorre de forma epidêmica no município de Vitória há 20 anos e a melhoria da qualidade de sua notificação é um desafio. A tuberculose e a hanseníase são doenças sempre presentes e o tratamento é oferecido nos serviços de saúde do município. O diagnóstico precoce dessas doenças é fundamental para a eficácia do tratamento.

Outras doenças como a leptospirose e a malária também apresentaram frequências dignas de análises. A leptospirose é uma doença endêmica no município. A possibilidade de enchentes em períodos de chuvas e a presença de ratos na cidade sempre criam condições para a ocorrência de casos de leptospirose. A malária não é uma doença endêmica em Vitória e todos casos notificados nos anos analisados foram importados.

- **Morbidade por Demanda Hospitalar**

Tabela 24 – Principais Causas de Internações Hospitalares, segundo especialidade. Vitória, 2004

Especialidade	Municípios de Vitória	Não Municípios	Total
Clínica Cirúrgica	6.632	19.870	26.502
Obstetrícia	3.212	4.075	7.287
Clínica Médica	3.085	6.571	9.656
Pediatria	2.054	7.450	9.504
Tsiologia	20	62	82
Psiquiatria*	534	84	618
Total	15.537	38.112	53.649

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIA/SUS)

4 – A REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO

Os serviços de saúde estão estruturados, segundo o Ministério da Saúde, em três níveis de hierarquia: rede básica, secundária e terciária. O primeiro nível está sob responsabilidade do município de Vitória, habilitado para a Gestão da Atenção Básica Ampliada, desde 05 de agosto de 2003, de acordo com critérios definidos na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/02, Portarias n.º 101 de 11 de fevereiro de 1998 e 1510/GM, de 5 de agosto de 2003.

A rede municipal dos serviços de saúde de Vitória é distribuída em seis regiões de saúde: Centro, Forte São João, Maruípe, Santo Antônio, Continental e São Pedro, sendo a atenção básica ampliada organizada em 25 territórios de saúde. O Município está se estruturando para assumir gradualmente a rede secundária e terciária, hoje sob gestão estadual.

É importante destacar que por ser Município pólo, a Capital concentra o maior número de serviços, tornando-se referência intermunicipal, interregional e interestadual..

4.1 SISTEMA HOSPITALAR

A rede hospitalar do município de Vitória é constituída por 10 hospitais, sendo 03 públicos, 05 privados e 02 universitários com perfis diferenciados em hospitais gerais e hospitais especializados. Os serviços hospitalares vinculados ao Sistema Único de Saúde estão sob gestão do Estado do Espírito Santo, considerada a condição de gestão do Município anteriormente citada.

Tabela 25 – Unidades Hospitalares, contratada/conveniada SUS. Vitória, 2004

Estabelecimento	Categoria
Hospital da Polícia Militar – HPM	Público/Estadual
Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	Público/Estadual
Hospital São Lucas	Público/Estadual
Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes	Público/Federal
Hospital Santa Rita de Cássia – AF ECC	Filantrópico
Irmandade Santa Casa de Misericórdia	Filantrópico
Associação Beneficente Pró-Matre	Filantrópico
Clínica dos Acidentados de Vitória	Privado
Clínica Infantil Jesus Menino	Privado
Clínica Letícia Carvalho Ramos	Privado

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Avaliação e Controle/Divisão de Análise de Contas.

Os hospitais públicos São Lucas, da Polícia Militar e o Infantil Nossa Senhora da Glória estão sob gestão e gerência estadual.

O município de Vitória dispõe na rede SUS, segundo fonte do Ministério da Saúde, de 1.434 leitos hospitalares, predominando os clínico/cirúrgicos, com 89.95%, segundo demonstrado no quadro que segue.

Tabela 26 – Número de leitos hospitalares, segundo fonte do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / MS. Vitória, 2004

Descrição	Existentes	SUS	Não SUS
Clinico/Cirúrgico	1718	1290	428
Unidade de Isolamento	16	16	0
Unidades intermediárias neonatal	25	25	0
Unidades intermediárias	10	10	0
UTI Neonatal	58	46	12
UTI Infantil	26	12	14
UTI Adulto	70	35	35
Total	1.863	1.434	489

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações do SUS – SIA/SUS.

Do total de leitos hospitalares existentes em Vitória 76,97% são do Sistema Único de Saúde, sendo 26,24% privados.

As principais causas de internações no Município são clínica cirúrgica, obstetrícia, clínica médica, pediatria, fisiologia e psiquiatria, conforme quadro a seguir.

As principais causas de internações foram: partos com 21%, doenças do aparelho circulatório com 14%, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório com 9%, e lesões por causas externas e as neoplasias com 8%.

As internações de munícipes de Vitória correspondem a 29%, enquanto que 81% das demais são destinadas aos moradores de outros Municípios.

Tabela 27 – Número de Internações por especialidade, por Município de Internação. 2004

Especialidades	Município				
	Vitória	Vila Velha	Cariacica	Serra	Cachoeiro de Itapemirim
Clínica Cirúrgica	5.543	701	247	133	-
Obstetrícia	2.886	203	60	59	-
Clínica Médica	2.889	135	-	5	-
Pediatria	1.937	65	06	43	-
Tsiologia	20	-	-	-	-
Psiquiatria*	173	-	125	-	236
Total	13.448	1.124	438	293	236

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIA/SUS).

*Os municípios de Cariacica e de Cachoeiro de Itapemirim são referência para internação em psiquiatria.

Do total de internações por especialidade, apenas 16% de munícipes de Vitória são referenciados para outros Municípios.

No ano de 2004, foram realizadas 53.649 internações no Município, sendo gastos com essas internações o valor de R\$ 41.762.958,68 (quarenta e um milhões, setecentos e sessenta e dois mil, novecentos e cinquenta e oito reais e sessenta e oito centavos).

Tabela 28 – Gastos com internações hospitalares, segundo especialidade. Vitória , 2004.

Especialidade	Municípios de Vitória		Não Municípios		Total	
	Interna ção	Valor	Interna ção	Valor	Interna ção	Valor
Clínica Cirúrgica	6.632	6.752.266,83	19.870	20.744.610,47	26.502	27.496.877,30
Obstetrícia	3.212	1.051.707,29	4.075	1.351.465,45	7.287	2.403.172,74
Clínica Médica	3.085	1.517.787,55	6.571	3.299.383,67	9.656	4.817.171,22
Pediatria	2.054	1.407.042,83	7.450	5.275.239,79	9.504	6.682.282,62
Tsiologia	20	11.301,43	62	38.239,79	82	49.541,36
Psiquiatria	534	327.588,62	84	13.675,18	618	313.913,44
Total	15.557	11.067.694,55	38.112	30.722.614,35	53.649	41.762.958,68

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

4.2 - SISTEMA AMBULATORIAL

O sistema ambulatorial da rede própria do SUS/Vitória compreende:

- 28 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 17 adotam a Estratégia de Saúde da Família;
- 01 Laboratório Análises Clínicas que dispõe de 26 postos de coleta de material descentralizados;
- 01 Laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos e Homeopáticos;
- 02 Pronto – Atendimentos;
- 01 Central de Ambulâncias;
- 01 Central Municipal de Agendamento de Especialidades;
- 01 Centro de Especialidades Odontológicas;
- 01 Centro Municipal de Especialidades;
- 06 Centros de Referência: Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI); Centro de Referência de Saúde Mental (CAPS); Centro de Referência de Prevenção de Tratamento aos Toxicômanos(CPTT); Centro de Promoção e Recuperação Física, com 9 Módulos de Serviço Orientação ao Exercício(SOE); Centro de Controle de Zoonoses(CCZ) e Centro de Referência DST/AIDS.

Tabela 29 – Valor aprovado, segundo ano de competência referente à Produção Ambulatorial (Gestão Piso da Atenção Básica Ampliado). Vitória, 2004.

Rede Municipal	Número de Procedimentos	Valor (R\$)
Própria	3.030.469	4.095.398,08
Própria/ Complementar	9.573.807	71.190.027,98

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Do total de procedimentos realizados na rede própria 2.041.794 foram básicos.

Na Rede SEMUS, foram realizadas 621.234 consultas médicas, sendo 68.396 consultas médicas especializadas, e 682.757 procedimentos odontológicos.

Dos 988.480 procedimentos de média complexidade, 818.497 são referentes aos de análise clínicas, representando 82% dos procedimentos.

Tabela 30 – Necessidade de cobertura assistencial de consultas médicas, segundo parâmetro da Portaria N.º 1.101/02. Vitória, 2004

Tipo de Consulta	Necessidade (1)	Realizada	Superavit/Déficit
Básica	385.431	440.873	55.442
Básica de Urgência	91.769	111.965	20.196
Especialidade	134.595	68.396	-66.199
Total	611.795	621.234	-

Fonte: TABWIN- Ministério da Saúde

Nota: População 2004 – 305.898 habitantes

Necessidade: População x 2,0/cons./hab/ano x índice/100 (Parâmetro da Portaria n.º 1.101/02).

Os procedimentos odontológicos totalizaram 682.757, dos quais 14.916 foram de média complexidade e 667.841 da atenção básica. Estão incluídas nestes procedimentos 15.257 consultas odontológicas, que correspondem a apenas 5% de cobertura da população.

Quadro 01 – Procedimentos de Média e Alta Complexidade Realizados/Pagos. Vitória, 2004

PRODUÇÃO	ANO 2004
1 – Procedimentos pagos com FAEC	TOTAIS
1.1 – Procedimentos de Alta complexidade (APAC s)	

- CAPS II	114.253,30
- CAPS ad	154.065,40
Subtotal (A) -	268.318,70
1.2 – Procedimentos de Média Complexidade	TOTAIS
- SISPRENATAL*	19.040,00
- Cirurgias de Alta Frequência - CAF*	565,50
- Atendimento às Alterações Motoras*	219,48
- Laboratório/Tuberculose (Baciloscopia) *	17.005,60
- Laboratório/SISCOLO - Exame Citopatológico*	113.886,96
- Coleta de Colpocitológico*	19.325,00
- Visita Domiciliar p/ Consulta/Atendimento em Assistência Especializada e de AC*	31.400,70
- Terapias Individuais e em Grupo/Saúde Mental*	31.476,74
- Triagem Neonatal (Coleta para teste do Pezinho) *	1.273,00
Subtotal (B)	234.192,98
Subtotais (A) + (B) - FAEC	502.511,68
2 - Procedimentos pagos com o Teto Livre (1)	TOTAIS
2.1 – Laboratório Central da SEMUS	3.143.551,81
2.2 – Produção das UBS e Centros de Referência (2)	368.221,10
Subtotal (C) – Teto Livre	3.511.772,91
TOTAL GERAL (A) + (B) + (C)	4.014.284,59

Fonte: Sínteses de Produção do SIA/SUS, enviadas mensalmente pela SESA

A produção da rede complementar do município de Vitória, prestadores de serviços sob gestão estadual, compreende procedimentos de atenção básica, média e alta complexidade, totalizando R\$ 41.500.044,17 (quarenta e um milhões, quinhentos mil, quarenta e quatro reais e dezessete centavos), sendo o atendimento realizado para todos os municípios do Estado, principalmente para os da Região Metropolitana.

5 – DIRETRIZES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

5.1 - Fortalecimento da Atenção básica em Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória adota a estratégia de saúde da família como o modelo reordenador das práticas da atenção básica e, nesse sentido, expandirá o Programa de Saúde da Família em todo o Município.

Mudar ou transformar o modelo atual de atenção à saúde baseado na doença, na fragmentação do ser humano e na atenção hospitalar para um modelo de valorização do cuidado integral e da subjetividade exigirá, de todos os profissionais envolvidos, esforço na definição e implementação de novas práticas que sejam capazes realmente de instituir um novo pensar e fazer em saúde intensivo em cognição, envolvendo conhecimentos interdisciplinares, atitudes e habilidades complexas.

Destaca-se que essa estratégia está ancorada no paradigma da produção social da saúde e na prática da vigilância em saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida.

Há que se modificar o paradigma tradicional denominado de biomédico, entendendo o sujeito em seu ambiente familiar e em seu contexto econômico, social e cultural, bem como envolvendo os usuários na gestão do sistema de saúde e na construção de sua própria saúde.

O fortalecimento da Atenção básica em Saúde estabelece novas estratégias e ações e redefine a rede de serviços e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, avançando na organização e oferta de serviços dos demais níveis de atenção, visando a integralidade do cuidado em saúde. A Atenção básica tem como atribuições:

- Promoção e prevenção à saúde no seu território reduzindo risco /vulnerabilidade e aumentando a potência dos grupos/ comunidades de cuidar de sua própria saúde.
- Acolhimento à demanda – desejo/interesse das pessoas/sofrimento/agonia - e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade/ risco epidemiológico.
- Exercício de uma clínica reformulada e ampliada com capacidade de resolver os problemas de saúde individuais e grupais, partindo do seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito respeitando as características singulares de cada caso sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos por diretrizes clínicas.

ESTRATÉGIAS E AÇÕES

- Aumento da cobertura da população atendida pelo PSF e PACS como estratégia de mudança do modelo assistencial;
- Construção e implementação do Projeto de Humanização do Atendimento;
- Descentralização do atendimento aos portadores de transtornos mentais, priorizando o nível ambulatorial;
- Estruturação de uma rede de serviços articulada com diferentes níveis de
- resolatividade.
- Responsabilidade Sanitária por um território e construção de vínculo entre equipe e usuários
- Reformulação do saber e da prática tradicional em saúde com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que permitam aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando o social e o subjetivo, bem como fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistemas de rede. Para isso é fundamental a instituição de programas de educação permanente que tornem possível esse trajeto.
- Trabalho em equipe interdisciplinar com a incorporação de profissionais de apoio às equipes de generalistas no território de saúde de acordo com o perfil epidemiológico e a necessidade de saúde dos usuários de cada território. Equipes matriciais de apoio, de referências regionais, também são importantes para a efetividade e resolatividade da atenção básica: equipe de saúde mental; de reabilitação física; de especialistas; de saúde coletiva e outras.
- Desenvolvimento de novos paradigmas gerenciais que aliem os instrumentos de normalização da prática clínica - protocolos e linhas guia – com um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos entre trabalhadores e usuários do sistema de saúde.
- Descentralização das Ações e Serviços de Saúde com a consolidação dos Territórios de Saúde e fortalecimento das Regiões de Saúde;
- Readequar as Unidades Básicas de Saúde;

- Construir novas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades e Centros de Vivência de acordo com critérios técnicos e a necessidade da população;
- Reformar o Centro de Controle de Zoonoses.
- Construir nova sede administrativa para a SEMUS;
- Construir nova sede para o Laboratório Central;
- Readequar área física do prédio da antiga CONTEC para sediar a Escola de Saúde de Vitória;
- Construir as bases do SAMU;
- Construir almoxarifado adequado às atuais necessidades.

5.2. - Construção de uma Vigilância à Saúde Integrada

Superar a dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) através da incorporação das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde no âmbito dos territórios.

Fortalecer das ações das vigilâncias: epidemiológica, sanitária e ambiental, a implementação de ações de vigilância dos agravos e doenças crônicas não transmissíveis e nutricionais, dirigidas a grupos de risco, a vigilância do ambiente de trabalho, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais.

Desenvolver ações que visem à implementação e o fortalecimento da saúde ambiental do Município através do aprimoramento e reorganização dos fatores: não biológicos, através das Vigilâncias, da água – VIGIÁGUA, do ar – VIGIAR e do solo – VIGISOLO e dos fatores biológicos/zoonoses.

Promover a cidadania e envolver as organizações comunitárias no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais onde se concentra população exposta a riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais, que extrapolam o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde.

5.3 – Implementação de um Sistema de Regulação do Sistema de Saúde

A Regulação tem sido uma das mais frágeis macro-funções desempenhadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Há poucas unidades isoladas de regulação, que além de não cumprirem à contento seu papel, não funcionam de forma articulada.

Torna-se imperativo o estabelecimento de instrumentos gerenciais e técnico-científicos, entre os quais as Centrais de Regulação e Protocolos Técnico-Administrativos, que permitam responder adequadamente às necessidades de saúde da população, gerindo a oferta de serviços e agilizando o acesso da clientela, contribuindo assim, com a organização do sistema e a implantação efetiva de sua regionalização e hierarquização, esta última por meio dos protocolos estabelecidos.

O Departamento de Avaliação e Controle pretende participar da implantação do Sistema de Regulação, no que for de sua competência, propondo sua organização modular a partir de unidades setoriais de trabalho nos diferentes níveis e etapas da assistência, gradualmente, até alcançar um Sistema Único de Regulação, com inserção harmônica no Sistema de Regulação Estadual e Federal.

O Sistema de Regulação Municipal será concebido com a lógica de um potente instrumento de gestão, de modo a responder às necessidades de saúde nos diferentes níveis da atenção do processo assistencial, enquanto instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde. O processo deverá se organizar de forma a propiciar o gerenciamento das demandas assistenciais da população e seu atendimento e articular-se com os processos de programação da assistência (PPI), disponibilidade de serviços programados, cadastrados e contratados; a localização dos serviços, sua inserção na rede hierarquizada e resolutive intra e intermunicipal, garantindo a equidade de acesso da população à melhor alternativa terapêutica do momento, de acordo com as necessidades do usuário.

À semelhança da função Avaliação, a Regulação deverá se dar de forma articulada entre os diversos setores da Secretaria, envolvendo principalmente o órgão responsável pela assistência e as vigilâncias sanitária e epidemiológica. O

Sistema Único de Regulação Municipal abrangerá os serviços públicos e os privados de interesse à saúde.

Dentre os mecanismos e instrumentos de regulação destaca-se a Central Única de Regulação, que necessitará ser implantada pelo Município ou implementada, dependendo do pacto que for celebrado entre o Gestor Municipal e o Estadual, considerando a complexidade desse sistema.

A Central Única de Regulação deverá constituir-se em um sistema capaz de dar multiplicidade de respostas coerentes e ordenadas, por meio das unidades de trabalho que a comporão: Agencia Municipal de Agendamento de Consultas Especializadas e SADT, Central de Leitos, Central de Regulação das Urgências e Emergências, Central de Regulação de Parto de Alto Risco, Centrais de Captação de Órgãos, e terá como função primordial a regulação da oferta de serviços.

No modelo de saúde vigente a atenção às urgências constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Considerando as ações e incentivos já desenvolvidos pelo Ministério da Saúde que, após a publicação das Portarias nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, e 1863/GM, de 29 de setembro de 2003, passa a definir a Política Nacional de Atenção às Urgências, o município de Vitória vem buscando melhorar e qualificar sua rede de serviços de forma a garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências de menor complexidade, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde.

ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Para garantir a adequada distribuição dos recursos assistências disponíveis, em atendimento às necessidades coletivas em saúde e o perfil epidemiológico do Município, faz-se necessária a ordenação das condições de acesso a rede, garantindo o acolhimento, a primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, a estabilização e referência adequada dos pacientes graves, conforme a classificação e prioridade de risco, por meio da instituição de estruturas reguladoras denominadas Centrais de Regulação Médica de Urgências.

a - Estruturação de um Sistema de Regulação do Atendimento às Urgências e Emergências

A Central de Regulação Médica de Urgências deve manter um trabalho integrado com outras Centrais de Regulação – de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas e transporte sanitário não urgente; que interligadas entre si, constituem-se em um complexo regulador da assistência e ordenador dos fluxos, que garanta ao usuário do SUS as respostas necessárias a satisfação de sua necessidade, de forma rápida e adequada.

A análise do perfil epidemiológico do município de Vitória aponta para novas causas de morbimortalidade – mortes por causas externas - que atualmente convivem principalmente com doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, relativo ao ano de 2004, dentro de Mortalidade Proporcional por Grandes Grupos de causas de Óbitos, as Doenças do Aparelho Circulatório destaca-se como principal causa de óbito com 33,13%, em segundo, Neoplasia com 19,73% e ocupando o terceiro lugar vem as Causas Externas com 16,74%.

Desta forma o Município definiu como prioridade de governo a organização de uma rede de atenção às urgências cujos eixos principais são:

- Implementação da Central Médica de Urgências e do Sistema de Atenção Móvel às Urgências – SAMU 192, em parceria com a SESA e demais municípios da Região Metropolitana;
- Integração da Central Municipal de Ambulância ao SAMU 192;
- Implementação do Pronto Atendimento Municipal 24 horas localizado no bairro Praia do Suá;
- Redefinição estrutural do Pronto Atendimento 24 horas, localizado na Policlínica São Pedro;
- Elaboração de Protocolos de Atenção às urgências, incluindo fluxos de referência e contra-referência.

b - Implementação de um Sistema de Referência e Contra Referência Hierarquizado e Regionalizado

Implantar mecanismos e instrumentos necessários para referência e contra-referência micro e macrorregionais compatíveis com a condição de gestão do Município, com foco no acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde de acordo com disponibilidade pactuada na Programação Pactuada Integrada - PPI. Tais instrumentos deverão resultar em pactos entre gestores, capazes garantir o acesso do usuário aos diversos pontos de atenção a saúde.

Os pactos a serem firmados entre gestores, deverão contemplar metas físicas e financeiras definidas na PPI, mecanismos garantia de acesso, processo de acompanhamento, revisão dos termos, e sanções a serem aplicadas no descumprimento dos compromissos assumidos.

c - Utilização do CAD-SUS para a Realização da Regulação

O CAD-SUS tem como objetivo identificar o usuário, proporcionar acompanhamento e controle desses usuários nos diversos níveis de atenção à saúde. O sistema tem como proposta possibilitar a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou, assim como a Unidade Básica de Saúde onde foram realizados;

A partir do cadastro os usuários do SUS e profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação. Além do cadastro, o Cartão Nacional de Saúde é constituído por:

- cartão do usuário: um cartão magnético que tem impresso o número nacional de identificação do usuário;
- cartão do profissional: também é um cartão magnético e permitirá a identificação dos profissionais de saúde;
- infra-estrutura de informação e telecomunicações, com funções de armazenar e transmitir as informações sobre os atendimentos realizados, interligada entre as três esferas de gestão.

d - Participação na Programação Pactuada Integrada – PPI

Considerada como instrumento de planejamento e reorganização do modelo de atenção a Programação Pactuada e Integrada – PPI, traduz as responsabilidades de cada ente gestor do Sistema, para garantia do acesso da população aos

serviços de saúde, disponibilidades definidas na referida Programa, buscando orientar a alocação de recursos das diversas fontes, federal, estadual e municipal.

A PPI incorpora às programações municipais relativas as ações e serviços sob sua gestão, os que estão sob gestão e gerência de outras esferas governamentais, constituindo-se num consolidado de ações e serviços, organizados e disponibilizados à população, para resolutividade das suas necessidades.

Envolve um processo dinâmico e participativo entre os gestores, para pactuação das ações de assistência ambulatorial e hospitalar a serem definidas na programação municipal, definição de fluxos de referência intermunicipais acordados entre os referidos gestores.

e - Atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

A atualização dos estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é imprescindível, pois refletem a realidade da rede assistencial existente no Município, propiciando ao gestor informações necessárias ao planejamento das ações de saúde de acordo com as atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde de das três esferas de governo, propicia ainda, maior transparência e visibilidade ao controle social exercido pela população.

De acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, encontram-se cadastrados no Estado do Espírito Santo 2.844 estabelecimentos de saúde, dos quais 515 no município de Vitória.

6 – IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA ESTRATÉGICAS E AÇÕES

6.1 - REESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE SUPRIMENTOS

- Estabelecer e contratar uma Assessoria na área de Abastecimento;
- Implantar a Coordenação de Planejamento e Gestão de Materiais e Compras;

- Sistematizar, normatizar, implantar e divulgar os procedimentos da área de Suprimentos;
- Reestruturar o Almoxarifado Setorial;
- Categorizar e reorganizar o armazenamento dos materiais (consumo e permanentes);
- Reorganizar os fluxos de distribuição.
- Classificar, padronizar e especificar os materiais de consumo (insumos básicos, medicamentos, impressos, material de limpeza, alimentos, EPI, outros) e materiais permanentes (instrumental, equipamentos, mobiliário, utensílios, EPC);
- Melhorar o sistema de informatização de controle do armazenamento e distribuição de materiais;
- Definir estratégias e instrumentos de acompanhamento de aquisição de materiais;
- Integrar os Serviços de Saúde ao Sistema de abastecimento;
- Estruturar o Setor de Compras

6.2 - MELHORIA DA ÁREA ADMINISTRATIVA DE MANUTENÇÃO

- Levantar as necessidades e condições de funcionamento dos equipamentos das US e demais serviços de Saúde;
- Levantar as necessidades e condições de funcionamentos dos prédios próprios e cedidos.

6.3 - IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE TRANSPORTE SANITÁRIO

- Recuperar e garantir manutenção da frota de veículos;
- Redistribuir a frota de veículos;
- Qualificar os recursos humanos;
- Revisar a escala de trabalho de forma a compatibilizar com as características do trabalho na Saúde;
- Integrar as ações de forma a propiciar o uso racional e eficaz do transporte;

6.4 - REESTRUTURAR O SETOR DE CONTRATOS E CONVÊNIOS

- Sistematizar, normatizar, implantar e divulgar os procedimentos da área de Contratos e Convênios;
- Estabelecer fluxos, rotinas, dos processos de trabalho.

7 – IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

Para implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, aspectos importantes da gestão têm sido apontados como fundamentais: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho. Embora todos os avanços no SUS nos três primeiros aspectos, a gestão do trabalho ainda não recebeu o devido destaque, correspondente ao seu grau de importância que representa na consolidação do sistema. Neste campo, a formação de trabalhadores para a saúde se destaca como peça fundamental para a elaboração e implementação de uma política de gestão do trabalho para o SUS.

A Emenda Constitucional n.º 19/98 foi a maior expressão de flexibilização da gestão pública, aprovada no senado, apontando modificações nas relações de trabalho e nos contratos de gestão, destacando-se: mudança na estabilidade do funcionário público que pode ser demitido por insuficiência de desempenho ou no ultrapassee de 60% na folha de pagamento de pessoal nas esferas de governo correspondente; o Regime Jurídico Único – RJU é substituído por formas flexibilizadas de contratação; mudanças no critério de remuneração; servidores e bem públicos são descentralizados e possibilita a existência de consórcios para prestação de serviços públicos.

As novas formas de ingresso; a mobilidade do trabalhador, tanto no que se refere à sua própria busca constante de novos locais de atuação a partir das ofertas salariais, como a efemeridade de sua permanência pela possibilidade do gestor efetivar demissão sem motivo aparente; a grande heterogeneidade de vínculos que cria um emaranhado de conflitos nas relações de trabalho; e a formação de profissionais que não corresponde mais àquela necessária para atender aos avanços e as novas práticas de saúde, está entre as situações importantes que interferem nos processos e resultados do trabalho. Para que novas mudanças

ocorram é preciso grandes transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que a mudar a forma de cuidar em saúde, prescinde das mudanças de ensinar e aprender.

- **Gestão do Trabalho**

Objetivo:

Possibilitar a valorização do trabalho no SUS, como instrumento essencial da atenção a saúde e a criação de vínculos dos trabalhadores com a população e os serviços de saúde pública no município.

Ações:

- Realizar Concurso Público;
- Levantar a situação funcional de todos os servidores da SEMUS;
- Estabelecer e divulgar fluxos e critérios de movimentação;
- Implantar e realizar periodicamente o concurso de remoção na SEMUS;
- Realizar recrutamento interno com novas lotações de acordo com a necessidade do serviço;
- Implantar um sistema de informações para a área de gestão do trabalho e da educação em saúde;
- Realizar pontualmente processos seletivos para algumas áreas e categorias;
- Dimensionar o déficit de pessoal na rede;
- Manter o pleno funcionamento da Mesa de Negociação Permanente do SUS;
- Implantar o Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS – PCCS-SUS;
- Manter e ampliar gratificações para determinadas áreas da saúde (PSF, Auditoria, Urgência, Preceptoria e outros);
- Formular uma política de incentivo ao desempenho;
- Acompanhar e controlar a avaliação de estágio probatório junto a rede de saúde municipal;
- Instituir Comissão Permanente de Sindicância na SEMUS para apurar responsabilidades de trabalhadores no exercício de sua função;

- Instituir comissões de Saúde do Trabalhador da SEMUS.

- **Gestão da Educação em Saúde**

Objetivos:

- Elaborar anualmente e implementar um Programa Institucional Municipal de Educação Permanente para os trabalhadores, dirigentes, gerentes e conselheiros no município de Vitória em consonância com as diretrizes institucionais da SEMUS;
- Humanização no atendimento em todos os níveis e serviços da rede SUS, Humaniza-SUS.

Ações:

- Implantar o processo de educação permanente em toda a rede municipal de saúde;
- Fortalecer a participação da SEMUS no Polo de Educação Permanente do SUS Espírito Santo;
- Definir e formar equipes multiprofissionais para atuarem como facilitadores e tutores nas locorregiões de saúde;
- Manter as atividades de educação continuada visando o desenvolvimento de habilidades específicas;
- Qualificar o quadro de gerentes de Unidades Básicas de Saúde e a gestão do órgão central, por meio de cursos de especialização e outras qualificações;
- Estabelecer parcerias com Instituições de Ensino e Ministério da Saúde visando a estruturação de estágios e residências integradas em saúde;
- Implantar Unidade Docente Assistencial (UDA), onde o aprender, ensinar e assistência se dão de forma participativa e coletiva, integrando no processo de produção dos serviços de saúde, profissionais de saúde, estudantes, docentes e usuários;
- Criar a Escola de Saúde de Vitória;
- Executar a formação da Habilitação técnica do Agente Comunitário de Saúde, do Técnico de Higiene Dental, e outras conforme necessidades do serviço;

- Realizar cursos de acolhimento para os recém concursados com diretrizes da PMV/SEMUS;
- Incentivar e propiciar a participação dos trabalhadores, considerando as necessidades dos serviços e o perfil profissional, em cursos, simpósios, oficinas e outros;
- Desenvolver processos de integração docência-assistência e reorganizar as práticas de estágio em todos os níveis de atenção a saúde.
- Institucionalizar e reestruturar o Centro de Documentação em Saúde na SEMUS;
- Implementar as três marcas da Política Nacional de Humanização – PNH do SUS no município de Vitória a saber: Acolhimento, Gestão Participativa e Formação;
- Instituir o Comitê Municipal de Humanização da SEMUS/PMV,;
- Criação de Grupos de Trabalho em Humanização – GTH por região de saúde, departamentos/núcleos;
- Implantar a recepção humanizada;
- Incentivar os prestadores de serviços de saúde do município a implementarem política de humanização;
- Instituir mecanismos legais de remuneração dos profissionais no exercício de atividades docentes do Centro de Formação em Saúde;
- Definir recursos financeiros específicos, nas leis de diretrizes orçamentárias e leis orçamentárias, para os respectivos fundos de saúde, que garantam o funcionamento do Centro Formação em Saúde.

8 – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

ESTRATÉGIAS E AÇÕES

- Realização de Conferências Temáticas
- Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde

- Ampliação e fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde

O Sistema Público Municipal de Saúde estará aberto ao controle da cidadania, representada nos Conselhos de Saúde. Grande prioridade será dada ao fortalecimento do Conselho Municipal e Locais de Saúde, mas envolverá outras ações: a instituição dos Fóruns Regionais de Saúde; o desenvolvimento da ouvidoria de saúde, a colaboração com o Ministério Público para facilitar o exercício de sua função de garantia da relevância pública das ações e serviços de saúde; a oferta, através do Pólo de Capacitação Permanente, de um programa de educação continuada dos conselheiros de saúde locais e municipais.

9 – IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL

A informação é essencial à tomada de decisões. O conhecimento sobre a situação de saúde requer informações sobre o perfil da mortalidade e morbidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre os serviços. Esse conhecimento se aplica ao planejamento, a organização, a execução e a avaliação das ações e serviços.

A implementação de um sistema de informação gerencial – SIG, no âmbito da SEMUS, funcionará como ferramenta de apoio aos técnicos e gerentes, fornecendo informações espacialmente desagregadas, permitindo um planejamento local mais adequado a realidade de cada território de saúde, subsidiando-os nas tomadas de decisões e na administração dos processos, auxiliando-os no monitoramento das ações e avaliação dos resultados.

Um sistema de informação gerencial em saúde pode ser definido como um conjunto de componentes (estruturas administrativas e unidades de produção) integradas e articuladas que atua com propósito de obter e selecionar dados e transformá-los em informação.

FUNÇÕES ESSENCIAIS DO SIG / ESTRATÉGIAS:

- Implementar um sistema informatizado em rede com informações que subsidiem o planejamento e monitoramento das ações de saúde em todos os níveis de atenção do sistema municipal de saúde;
- Criar indicadores transversais que integrem a informação dos vários sistemas já existentes, SIM, SINASC, SINAN, SIA/SUS, SIH/SUS, SIAB, HIPERDIA, SISCOLO, SISPRENATAL, SI-PNI, BUP, SIGMOR e outros ;
- Analisar os principais indicadores de morbimortalidade, contribuindo para conhecer e monitorizar o estado de saúde da população e as condições sócio-ambientais;
- Analisar os dados demográficos e sócioeconômicos;
- Gerar a informação da produção ambulatorial da rede SEMUS e da rede conveniada e contratada;
- Possibilitar a identificação dos atendimentos realizados a usuários de outros Municípios e Estados;
- Respalda a operação diária e a gestão da atenção à saúde, através da avaliação do desempenho das ações desenvolvidas pela SEMUS, do ponto de vista da produção de serviços e impacto nos problemas de saúde;
- Georeferenciar as informações em saúde;
- Disponibilizar as informações para os territórios de saúde;
- Disponibilizar informações para as atividades de diagnóstico e tratamento;
- Avaliar a efetividade dos protocolos de atenção e a necessidade de revisões sistemáticas;
- Padronizar e normalizar os instrumentos de coleta e fluxos de informação.
- Apoiar as atividades de pesquisa e produção de conhecimentos;
- Subsidiar as atividades de educação permanente e a promoção de saúde;
- Integrar as bases de dados com o CAD SUS.

10 – ÊNFASE NO PLANEJAMENTO E NA AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

A utilização de processos avaliativos, entendidos como ação crítico-reflexiva contínua, desenvolvida sobre a organização, o funcionamento, os processos e

práticas de trabalho da gestão e do serviço, contribuirá efetivamente para que gerentes e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade para o alcance da resolutividade do sistema e satisfação dos usuários.

Essa diretriz possibilitará a identificação dos aspectos críticos, das potencialidades e pontos consolidados no Sistema Municipal de Saúde de Vitória e orientará, ainda, a elaboração de planos de intervenção para resolução dos problemas identificados, de maneira estratégica.

Deverá ser operacionalizada pelos próprios atores envolvidos, em seus diferentes lugares institucionais, de modo integrado e sistêmico, com vistas ao aprimoramento gerencial, técnico e científico.

11 – IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE INCLUSÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA.

- Enfoque na Promoção da saúde e articulação intersetorial, com ênfase em ações integradas entre Secretarias de Saude, Educação e Ação Social;
- Definição de instâncias de integração através de fóruns de colegiados intersetoriais para planejamento e gestão das ações da Prefeitura Municipal de Vitória;
- Definição de critérios e mecanismos de gerenciamento técnico e administrativo para a realização de programas e projetos que visem a melhoria da qualidade de vida da população em ações integradas com os demais órgãos;
- Elaboração de projetos de ações conjuntas com todos os segmentos organizados da sociedade centrados sobre problemas localizados ou globais;

- Articulação com a Getrans/Detran de uma análise das linhas de ônibus nas regiões críticas para o acesso da população às Unidades Básicas de Saúde em parceria com a Superintendência Municipal de Trânsito.

12 – GARANTIA DE RECURSOS FINANCEIROS PARA IMPLEMENTAÇÃO E SUSTENTABILIDADE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

- Garantia do cumprimento da Emenda Constitucional 29;
- Participação na Programação Pactuada Integrada (PPI);
- Participação na Programação da Atenção Básica (PAB);
- Captação de recursos de projetos específicos junto às instituições financiadoras;
- Orçamento Participativo.

13 - CONSTRUÇÃO DE UMA GESTÃO DEMOCRÁTICA E DE UMA POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO INTERNA E EXTERNA

- Criação de mecanismos para melhorar a relação da SMS com a população;
- Criação de mecanismos para estabelecer canais de comunicação com os trabalhadores;
- Instalar e consolidar a Mesa de Negociação com os trabalhadores de saúde e sindicatos;
- Implementar reuniões mensais nas US entre gestores e trabalhadores da saúde;
- Construção de um projeto de comunicação interna junto à Secretaria Municipal de Comunicação, que envolva os setores da SEMUS.
- Construção de um projeto de comunicação externa junto à Secretaria Municipal de Comunicação.

14 – REDUÇÃO DA MORBI-MORTALIDADE POR CAUSAS RELACIONADAS A GÊNERO, GERAÇÃO, CLASSE-SOCIAL, RENDA , RAÇA E ETNIA

- Redução da morbimortalidade feminina e materna;
- Redução da morbimortalidade em crianças;
- Redução da morbimortalidade do adolescente;
- Redução da morbimortalidade por causas externas;
- Redução da morbimortalidade por doenças não transmissíveis;
- Redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis;
- Redução da morbimortalidade por transtornos mentais;
- Redução da morbimortalidade por problemas bucais;
- Redução da morbimortalidade por agravos relacionados aos acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e doenças relacionadas ao trabalho.

15 – GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A progressiva responsabilização da gestão municipal com relação à atenção integral à saúde de seus munícipes é o objetivo primordial do processo de descentralização do setor. Apesar de encontrar-se habilitado para a Gestão Plena da Atenção Básica, o município de Vitória vem se organizando para assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Nesse sentido, esforços serão direcionados para a constituição de uma rede de serviços de média e alta complexidade, com ampliação da oferta de consultas, exames especializados e leitos hospitalares, bem como o desenvolvimento da capacidade regulatória da SEMUS, para que de fato se efetive um sistema de saúde.

16 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O governo municipal tem como missão gerir as políticas públicas municipais com objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, entendida como o equilíbrio e bem estar geral alcançado por meio da geração de trabalho e renda, acesso à educação, lazer, serviços de saúde, moradia, transporte respeitando as diferenças quanto às preferências individuais como liberdade de crenças, expressão, ideais, religião, esporte, dentre outras, sem prejuízo à coletividade.

Desta forma, o governo municipal prioriza determinados setores como a educação, saúde, meio ambiente, esporte, cultura, desenvolvimento urbano, ação social, transporte, habitação e geração de trabalho e renda, por meio de secretarias específicas que têm atribuições e responsabilidades em suas áreas afins.

A Secretaria Municipal de Saúde, que integra um desses setores governamentais, tem como missão contribuir na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, por meio da oferta de serviços e ações que promovam e protejam a saúde individual e coletiva e recuperem a saúde dos cidadãos acometidos por doenças e agravos.

Diversos estudos demonstram que os serviços de saúde são responsáveis por, no máximo, 30% dos resultados das políticas públicas sobre a saúde da população. Os outros 70% dependem de políticas públicas intersetoriais e de fatores ligados diretamente ao indivíduo.

Para obter impacto neste universo de problemas de saúde, temos que intervir não só de forma curativa, mas também preventiva e coletivamente sobre os condicionantes e determinantes da manifestação dos agravos e doenças que, na maioria das vezes, estão além do campo de ação da Secretaria de Saúde.

Mais do que dos serviços de saúde propriamente ditos, são das ações governamentais intersetoriais que surgirão os resultados esperados para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e, portanto, para seu estado de saúde, como bem explícita o artigo 196 da Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.