

# PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Período 2018 - 2021



PREFEITURA DE VITÓRIA

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – VITÓRIA/ES



Luciano dos Santos Rezende

**PREFEITO**

Sergio Sá

**VICE-PREFEITO**

Cátia Cristina Vieira Lisboa

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Jorge Tadeu Laranja

**SUBSECRETÁRIO DE APOIO ESTRATÉGICO**

Regina Célia Diniz Werner

**SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Vera Lúcia Peruch

**SECRETÁRIA EXECUTIVA**

Fabiana Bringer Mayer Bonomo

Karina Daleprani Espindula

Josilda Terezinha Bertulozo Ferreira

Maria Lucia Pesente

Felipe Rocha Moulin Teixeira

Maria Angela Costa Siqueira Perini

Milene Januário Miguel

**ASSESSORES TÉCNICOS**

Luiz Carlos Ciciliotti da Cunha

Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga

Sônia Maria Beltrame

**EQUIPE DA SECRETARIA EXECUTIVA**

Ana Lucia Santa Rosa Coradini

**GERENTE DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Patricia Hülle

**GERENTE DE AUDITORIA EM SAÚDE**

Antônia Jeane Alves de Souza  
**GERENTE DE GESTÃO DO TRABALHO E SAÚDE**

Irecy da Silva Muniz  
**GERENTE DE OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Sheila Cristina de Souza Cruz  
**GERENTE DA ESCOLA TÉCNICA E DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE**

Renata Maria Sales Madureira  
**GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Arlete Frank Dutra  
**GERENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Andrea Barbosa Alves  
**GERENTE DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO.**

Sheila Teixeira Zambom  
**GERENTE DE ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA**

Fred Ferreira Lozer  
**GERENTE DE INSUMOS DE SAÚDE**

Jeferson Silva Carmo  
**GERENTE DE LOGÍSTICA**

Dionísio José Costa dos Santos  
**GERENTE DE SERVIÇOS DE APOIO À ATENÇÃO**

Jorge Tadeu Laranja (respondendo)  
**GERENTE DE LICITAÇÃO**

Denize Santos Schneider  
**COORDENAÇÃO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

**EQUIPE DA COORDENAÇÃO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

Fabiano José Pereira de Oliveira  
Fátima Maria Silva  
Márcia Regina dos Santos Brandão  
Sílvio César Machado dos Santos  
Tatiana Marques Júdice Paoliello  
Zeneide Caneva Gagno

**GRUPO TÉCNICO PARA ELABORAÇÃO DO  
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021**

Ana Lúcia França  
Denize Santos Schneider  
Fátima Maria Silva  
Eida Maria Borges Gonsalves  
Emerson Anatólio de Oliveira  
Herlam Wagner Peixoto  
Sérgio Renato Miranda Torres  
Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga  
Vera Lúcia Peruch

## **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA – CMSV**

Criado através da Lei n.º 3.712 de 17 de janeiro de 1991, sendo reestruturado pela Lei n.º 6.606 de 05 de junho de 2006 e respectivas alterações (Leis Municipais n.º 7.867/2009 e n.º 7991/2010).

### **Composição Biênio 2017 – 2019**

Decretos Municipais de Nomeação: n.º 16,987 de 27 de março de 2017; n.º 09 de maio de 2017 e n.º 17.072 de 13 de junho de 2017.

#### **Representantes do Poder Público Municipal:**

- *Secretária de Saúde*
  - **Titular:** Cátia Cristina Vieira Lisboa
  - **Suplente:** Karina Daleprani Espindula
  - **Titular:** Regina Célia Diniz Werner
  - **Suplente:** Andréa Barbosa Alves

#### **Representantes dos prestadores de serviços de saúde:**

- *Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória – APAE*
  - **Titular:** Lígia Andreati Pereira (nomeação- Decreto Municipal n.º 17.039/2017)
  - **Suplente:** Sâmia Goulart de Souza (nomeação- Decreto Municipal n.º 17.072/2017)
- *Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer – AFECC*
  - **Titular:** Ana Maria Zanotti de Aguiar
  - **Suplente:** Luiz Faria de Araújo Junior
- *Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil - ACACCI*
  - **Titular:** Sílvia Neves Zouain
  - **Suplente:** Adriana Henrique dos Santos

#### **Representantes das entidades representativas dos Trabalhadores da Saúde:**

- *Conselho Regional de Enfermagem – COREN/ES*
  - **Titular:** Gisele Saiter Garrocho Nonato
  - **Suplente:** Rachel Cristiane Diniz Bossato
- *Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO/ES*
  - **Titular:** Mônica Tanaka Paganotti
  - **Suplente:** José Henrique Moreira

- *Sindicato dos Médicos do Estado do Espírito Santo – SIMES*
  - **Titular:** João Vicente Roeder
  - **Suplente:** David Rodrigo de Abreu Custódio
- *Sindicato dos Servidores Municipais Único da Saúde do Município de Vitória - SISMUSV*
  - **Titular:** Milton João Lemos
  - **Suplente:** Cristiana Aparecida do Nascimento Gomes

#### **Representantes dos usuários do SUS:**

- *Associação de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS do Estado do Espírito Santo - APVHA*
  - **Titular:** Sidney Parreiras de Oliveira
  - **Suplente:** Simone Almeida Guedes
- *Associação Albergue Martim Lutero*
  - **Titular:** Joice Tose Olioze
  - **Suplente:** João Paulo Auler
- *Associação de Moradores da Mata da Praia*
  - **Titular:** João Felício Scardua
  - **Suplente:** Dionísio Avanza Filho
- *Associação de Moradores de Maruípe*
  - **Titular:** Ivan Bosco Eler
  - **Suplente:** Lúcia Maria da Silva
- *Associação dos Amigos do Bairro de Lourdes e Nazareth*
  - **Titular:** Wanda Jorge
  - **Suplente:** Robson Miranda do nascimento
- *Força Sindical /ES*
  - **Titular:** Alexandro Martins Costa
  - **Suplente:** Luiz Antônio César (nomeação- Decreto Municipal nº 17.072/2017)

- *Sindicato dos Motociclistas Profissionais do Espírito Santo – SINDIMOTOS/ES*
  - **Titular:** João Carlos dos Santos (nomeação- Decreto Municipal nº 17.072/2017)
  - **Suplente:** Marília de Oliveira Boynard
  
- *União de Negros pela Igualdade - UNEGRO*
  - **Titular:** Edson Ferreira
  - **Suplente:** Welington Barros Nascimento

Cátia Cristina Vieira Lisboa  
**Presidente do Conselho Municipal de Saúde**

Alexandro Martins Costa  
**Vice-Presidente do Conselho Municipal de Saúde**

**Mesa Diretora do Conselho de Saúde**

**Presidente:** Cátia Cristina Vieira Lisboa  
**Vice-Presidente:** Alexandro Martins Costa  
**Secretário Geral:** Sidney Parreiras de Oliveira  
**Primeiro Secretário:** João Vicente Roeder

**Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde**  
José Eduardo Gava

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>2.</b>	<b>ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>Caracterização do município de Vitória</b>	<b>20</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Organização Territorial</b>	<b>20</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Demografia</b>	<b>24</b>
<b>2.1.3</b>	<b>Condições da Natalidade</b>	<b>26</b>
<b>2.2</b>	<b>Aspectos econômicos e sociais</b>	<b>28</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Produto Interno Bruto (PIB) e a arrecadação pública</b>	<b>28</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Trabalho, renda e o perfil da pobreza</b>	<b>30</b>
<b>2.2.3</b>	<b>Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)</b>	<b>33</b>
<b>2.2.4</b>	<b>Educação</b>	<b>35</b>
<b>2.2.5</b>	<b>Território e Ambiente</b>	<b>41</b>
<b>3.</b>	<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>	<b>42</b>
<b>3.1</b>	<b>Perfil de mortalidade</b>	<b>42</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (MIF)</b>	<b>48</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Mortalidade Materna</b>	<b>49</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Mortalidade Infantil</b>	<b>50</b>
<b>3.2</b>	<b>Perfil de Morbidade e Adoecimento</b>	<b>52</b>
<b>4.</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS</b>	<b>71</b>
<b>5.</b>	<b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE</b>	<b>74</b>
<b>5.1</b>	<b>Atenção à Saúde</b>	<b>76</b>
<b>5.1.1</b>	<b>Atenção Básica em Saúde</b>	<b>77</b>
<b>5.2</b>	<b>Vigilância em Saúde</b>	<b>80</b>
<b>5.3</b>	<b>Capacidade Instalada</b>	<b>84</b>
<b>5.4</b>	<b>Gestão de Pessoas</b>	<b>87</b>
<b>5.5</b>	<b>Regulação, Controle, Avaliação e Satisfação do Usuário</b>	<b>92</b>
<b>5.6</b>	<b>Sistema de Apoio Diagnóstico</b>	<b>95</b>
<b>5.7</b>	<b>Sistema de Apoio Terapêutico – Assistência Farmacêutica</b>	<b>98</b>

## **SUMÁRIO**

<b>5.8</b>	<b>Escola Técnica de Saúde e Formação Profissional</b>	<b>100</b>
<b>5.9</b>	<b>Auditoria em Saúde</b>	<b>103</b>
	<b>Gestão de Tecnologia da Informação e Inovação em</b>	<b>104</b>
<b>5.10</b>	<b>Saúde</b>	
<b>5.11</b>	<b>Apoio Estratégico - Infraestrutura e Logística</b>	<b>112</b>
<b>5.12</b>	<b>Fundo Municipal de Saúde</b>	<b>115</b>
<b>5.13</b>	<b>Ouvidoria em Saúde</b>	<b>119</b>
<b>6.</b>	<b>PARTICIPAÇÃO POPULAR</b>	<b>120</b>
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>122</b>
<b>8.</b>	<b>DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS MUNICIPAIS</b>	<b>123</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>139</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>147</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa com as Regiões administrativas do município de Vitória.	21
Figura 2	Mapa das Regiões de Saúde do município de Vitória/ES.	22
Figura 3	Índice Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) – 1991 e Censos 2000 e 2010 - Vitória- ES.	33
Figura 4	Proporção da Escolaridade da população adulta, Vitória/ES – anos 1991, 2000, 2010.	35
Figura 5	Evolução do IDEB dos anos iniciais, Vitória/ES.	38
Figura 6	Evolução do IDEB dos anos finais, Vitória/ES.	38
Figura 7	Sistema Mantis (CIS via Central de Ajuda).	108
Figura 8	Sistema Agendamento On line.	108
Figura 9	Sistema de Agendamento de Consulta	109
Figura 10	Acesso ao Confirma Vitória.	109 e 110
Figura 11	Sistema de avaliação por torpedos (SMS).	110

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	População estimada por Região de Saúde, faixa etária e sexo, Vitória/ES, 2017.	26
Tabela 2	Percentual de domicílios com saneamento básico, Vitória-ES, 2010.	41
Tabela 3	Total de exames laboratoriais realizados e atendimentos (pacientes). Anos 2013 a 2016.	96
Tabela 4	Número de solicitações/atendimentos do Transporte realizados, ano 2016.	114
Tabela 5	Despesas com locação de Bens Imóveis.	115
Tabela 6	Percentual de aplicação municipal em Saúde, Vitória/ES, no período de 2013-2016.	118
Tabela 7	Gasto em saúde por número de habitantes por ano, Vitória/ES, no período de 2013-2016.	118
Tabela 8	Evolução da despesa paga por Natureza, Vitória/ES, no período de 2013-2016.	119

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Pirâmides populacionais IBGE – Censos 2000 e 2010 - Vitória-ES.	24
Gráfico 2	Taxas de Mortalidade Específica por Doenças do Aparelho Circulatório e Respiratório, Neoplasias (tumores) e por Causas Externas por 100.000 habitantes, Vitória/ES, 2010 a 2016.	45
Gráfico 3	Taxas de Mortalidade Infantil, Brasil, Região Sudeste, Espírito Santo, Vitória, 2008 – 2016.	51
Gráfico 4	Taxa de detecção dos casos de AIDS/HIV notificados no SINAN municipal, por sexo e na população em geral residentes de Vitória/ES, por ano diagnóstico, anos 2007 a 2016.	68

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Programas e Ações estabelecidas no Plano Plurianual – PPA.	116
-------------	--	-----

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Portaria MS/SAS nº 221 de 27 de abril de 2008.
Anexo 2	Listagem com o Número de profissionais por categoria profissional, Vitória/ES, 2017.

## ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (em inglês)
ATENF	Auxiliares e Técnicos de Enfermagem
ATT	Acidentes de Transporte Terrestre
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCA	Coordenação de Controle e Avaliação
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP/UFES	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo
CESAN	Companhia Espírito-Santense de Saneamento
CIAS	Comissão Intersetorial de Acompanhamento de Atenção à Saúde
CICLS	Comissão Intersetorial de Acompanhamento de Conselhos Locais de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIEVS	Centro de Informações Estratégias e Respostas em Vigilância em Saúde
CIEP	Comissão Intersetorial de Acompanhamento de Educação Permanente Comunicação e Informação em Saúde
CIOF/CIAC	Comissão Intersetorial de Orçamento, Finanças, Contratos e Convênios
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIS	Coordenação de Informação em Saúde
CIST	Comissão Intersetorial Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COPEMI	Comitê de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materna e Infantil de Vitória
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CR	Centro de Referência Municipal
CRAI	Centro de Referência de Atendimento ao Idoso
CMEI	Centros Municipais de Educação Infantil
CME	Centros Municipais de Especialidades
CMSV	Conselho Municipal de Saúde de Vitória
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CT	Central de Transporte
CTS	Central de Transporte Sanitário
CVSA	Centro de Vigilância e Saúde Ambiental
DAC	Departamento de Controle e Avaliação
DCV	Doenças Cerebrovasculares
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

DCNT	Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas
eAB	equipe de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eCR	Equipes de Consultório na Rua
eSF	equipe de Saúde da Família
e-SUS AB	<i>e-SUS Atenção Básica</i>
EMEFs	Escolas Municipais de Ensino Fundamental
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ETSUS	Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde
FES	Fundo Estadual de Saúde (FES) d
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GM	Gabinete do Ministro
GRCA	Gerência de Regulação Controle e Avaliação
GTS	Gerência do Trabalho em Saúde
GVS	Gerência da Vigilância em Saúde
HEINSG	Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
GCIS	Gerência de Central de Insumos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES	Instituto Federal do Espírito Santo
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
ISS	Imposto sobre serviços
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACEN	Laboratório Central do Espírito Santo
LCM	Laboratório Central Municipal
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica
NUPREVI	Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAM	Programação de Ações e Metas
PCCV	Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos

PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDU	Plano Diretor Urbano
PEA	População Economicamente Ativa
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Prontuário eletrônico do paciente
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PGASS	Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PIA	População em Idade Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMV	Prefeitura Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROCIAM	Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno
PROMAFE	Programa Municipal de Fórmulas Especiais na Primeira Infância
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde Escolar
PSR	Pessoas em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SADT	Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAE	Serviços de Assistência Especializada
SARGSUS	Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SASVV	Serviço de Atenção à Pessoa em Situação de Violência
SCNES	Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SCNS	Sistema Cartão Nacional de Saúde
SEMAD	Secretaria Municipal de Administração
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SGE	Sistema de Gestão Escolar
SGIRBE	Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar
SI A	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIGEP	Sistema Integrado de Gestão de Pessoas

SIL	Sistema de Informática Laboratorial
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISFAR	Sistema de Gerenciamento da Farmácia da Família
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SOE	Serviço de Orientação do Exercício
SUBAE	Subsecretaria de Apoio Estratégico
SUBTI	Subsecretaria de Tecnologia da Informação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TDO	Tratamento Diretamente Observado
VISA	Vigilância Sanitária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (2018-2021) expressa a responsabilidade do governo municipal, as aspirações dos trabalhadores de saúde, da população e do Conselho Municipal de Saúde e demonstra as necessidades de saúde existentes no município de Vitória. Além disso, foi subsidiado por análises situacionais de saúde de base técnica, instrumentos de planejamento pgressos e propostas deliberadas na Conferência Municipal de Saúde, que contribuíram na formulação das diretrizes em saúde integrantes do presente documento. Estas diretrizes nortearão os processos de planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações de saúde, considerando a diversidade e as especificidades da cidade de Vitória. Assim sendo, acompanharão o governo na construção de uma cidade mais justa, humana e feliz nos próximos quatro anos, respaldadas por um modelo de atenção à saúde, que prima pela defesa da vida.

A garantia da participação popular no planejamento municipal se consolidou com a realização das Pré Conferências de Saúde, no período de 26 de junho a 06 de julho de 2017, nas seis Regiões de Saúde do município: São Pedro, Santo Antônio, Centro, Forte São João, Maruípe e Continental, com a eleição de 144 delegados divididos por segmento (usuários, trabalhadores, gestores/prestadores de serviço), para representação na X Conferência Municipal de Saúde de Vitória.

A X Conferência Municipal de Saúde de Vitória foi aprovada pela Resolução nº 1.152, de 13/06/2017, do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) e convocada por meio do Decreto Municipal nº 17.084, de 22/06/2017 pelo Prefeito Municipal, Sr. Luciano Santos Rezende. O seu tema foi “A defesa do SUS como patrimônio democrático para promoção da cidadania e fortalecimento da dignidade humana”, cujos trabalhos em grupo foram desenvolvidos a partir dos Eixos Temáticos: Rede de Atenção à Saúde Centrada no Cidadão, Vigilância em Saúde, Participação Social e Controle Social, Regulação, Controle e Avaliação e Auditoria, Gestão do SUS

(Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde, Promoção da Saúde e Financiamento do SUS).

Com a finalidade de também subsidiar o Plano Municipal e contribuir com o planejamento local das regiões e territórios de saúde, no período de março a agosto de 2017 foi elaborado o Diagnóstico Situacional do Município de Vitória pela Coordenação de Informação de Saúde (SEMUS/CIS), o qual reuniu os principais dados e informações para análise situacional de saúde e conhecimento do perfil de morbimortalidade, das necessidades de saúde e especificidades dos municípios de Vitória. As principais fontes de informação utilizadas para a elaboração desse documento foram os bancos de dados oficiais e documentos do Ministério da Saúde, os institutos e fundações provedoras de dados e informações estatísticas do país, boletins epidemiológicos existentes no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, incluindo o Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE – sistema próprio), além de dados de outras Secretarias Municipais.

A Secretaria Municipal de Saúde conduziu o processo de planejamento, por meio do Grupo Técnico para elaboração deste Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (Portaria SEMUS/Vitória nº 008/2017), com a representatividade de todas as gerências e participação ativa de todos os setores afins, por meio da realização de várias oficinas de planejamento.

## 1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Vitória 2018 - 2021, como instrumento maior do planejamento municipal no Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Federal n.º 8.080, de setembro de 1990, e regulamentado pelo Decreto Presidencial n.º 7.508/2011 e pela Lei Complementar n.º 141/2012, explicita os compromissos da gestão municipal para o setor da saúde num recorte temporal de quatro anos e reflete as necessidades de saúde da população, conforme preconiza a Portaria GM/MS n.º 2.135/2013.

O Plano Municipal de Saúde descreve as diretrizes, os objetivos e metas voltados para a atenção à saúde dos moradores de Vitória. Fundamenta suas diretrizes na consolidação do SUS no âmbito do município, obedecendo aos princípios constitucionais de que saúde é direito de todos e dever do Estado.

A produção deste documento está fundamentada na Portaria GM/MS n.º 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e acompanhou as diretrizes nacionais e estaduais, reafirmando o SUS, como política de Estado responsável em garantir a equidade e a cidadania.

Assim, como estratégia para garantir o direito à saúde, foi adotada a Regionalização no município de Vitória. Com a regionalização busca-se garantir o direito à saúde, reduzir as desigualdades sociais e territoriais, promover a integralidade da atenção, otimizar recursos e potencializar as redes de atenção na busca de maior resolutividade. Nas Regiões de Saúde, a diversidade de serviços de saúde cria espaços para um planejamento integrado em ambientes vividos pelos munícipes. Cada Região de Saúde possui características particulares que se constroem a partir dos territórios de saúde, áreas de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo considerados espaços dinâmicos.

A elaboração do plano ocorreu de forma compatibilizada com o Plano Plurianual (PPA) do mesmo período, instrumento de governo que estabelece metas para a execução orçamentária, considerando as fontes de financiamento, as prioridades da população definidas na X Conferência Municipal de Saúde e a análise das necessidades de saúde da população municipal.

## **2. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA**

Vitória, assim como a maioria das cidades brasileiras, vem apresentando um novo padrão sócio-demográfico. Tal padrão caracteriza-se pela redução da taxa de crescimento populacional e por grandes transformações na composição de sua estrutura etária, com uma significativa redução proporcional de sua população mais jovem e aumento do contingente de idosos.

Acrescente-se a isso os impactos que a realidade econômico-social, a urbanização, os hábitos de vida modernos e o meio ambiente têm trazido sobre essa população em seus vários aspectos, sendo a saúde um deles. Assim, essa realidade multifatorial, acarreta importantes mudanças também no perfil de morbimortalidade da população e, com isso, impacta nas políticas públicas destinadas às crianças, jovens, adultos e idosos.

Para essa nova realidade – e seus impactos epidemiológicos –, há que se considerar, portanto, a necessidade de adequação da estrutura e do modelo dos serviços de saúde a serem disponibilizados. Caracteriza-se, por um lado, a necessidade de fortalecimento de um modelo cada vez mais voltado para a prevenção às doenças e agravos em saúde, associado à estruturação de serviços adequados para o manejo dos problemas crônicos, num viés para melhorar não apenas a cobertura, mas também a resolutividade dos serviços de saúde. Em especial, deve-se considerar a capacidade funcional do contingente cada vez maior de idosos na população, razão pela qual os determinantes e condicionantes da saúde e as condições de saúde da

população constituírem-se objeto de análise para formulação deste Plano Municipal de Saúde.

## **2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA**

### **2.1.1 Organização Territorial**

A cidade de Vitória está localizada na Mesorregião Central Espírito-Santense, 20°19'09' de latitude sul e 40°20'50' de longitude oeste, cercada pela Baía de Vitória. É constituída por uma ilha principal fluvio-marinho, outras 34 ilhas e uma porção continental, perfazendo um total de 96,536Km<sup>2</sup> de extensão territorial (IBGE, Cidades, 2017).

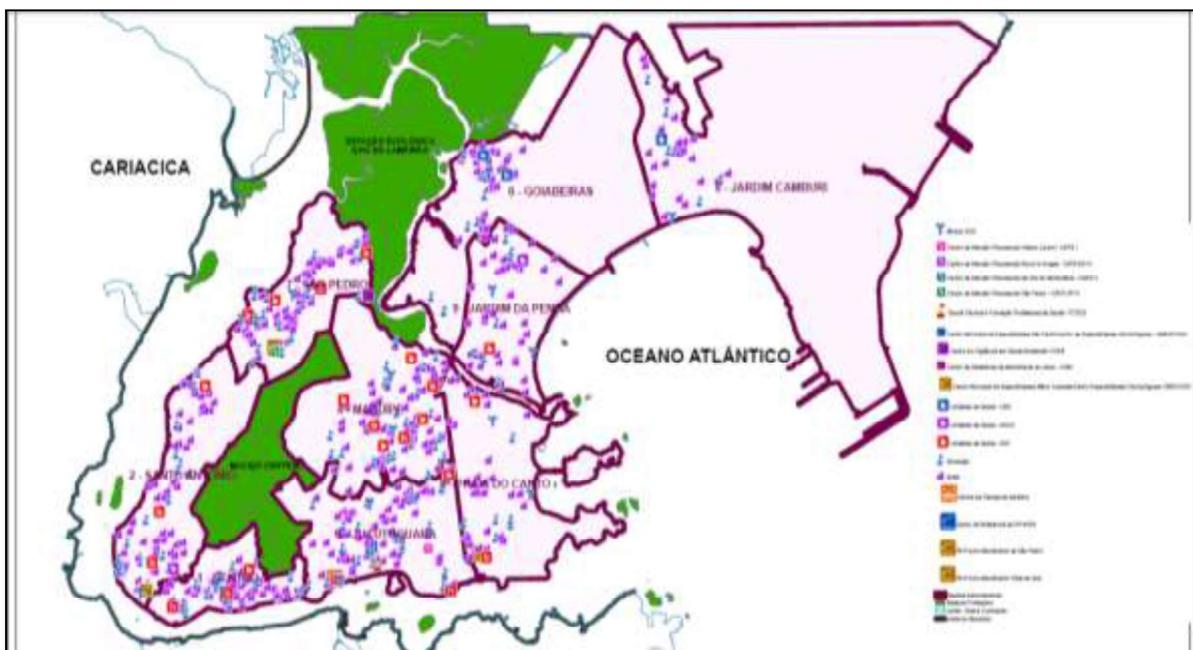
Capital do estado do Espírito Santo, ela está localizada na maior região urbanizada, limitando-se ao Norte com o município de Serra, ao Sul com Vila Velha, Oeste com Cariacica e Leste com o Oceano Atlântico. Possui um clima predominantemente tropical úmido, com temperaturas médias máximas de 30,4°C e mínimas de 24°C.

Vitória, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde, 2011(PDR – 2011), integra a Região Metropolitana da Saúde junto com outros dezenove (19) municípios, cuja população regional (estimativa 2017) atinge um pouco mais da metade dos residentes no Estado. Dos setenta e oito (78) municípios capixabas, a capital está entre os quatro que possuem populações acima de 350.000 habitantes (hab.) (4º lugar), os quais concentram 42,43% da população do Estado. Possui população estimada para o ano de 2017, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 363.140 hab. e densidade demográfica de 3.761,70 hab. por quilômetro quadrado.

Em Vitória o crescimento populacional se faz em área urbana; o seu clima 2°C mais quente do que o resto do estado torna a cidade uma das mais quentes do Espírito Santo. Para este fenômeno contribuem: a poluição, a

grande aglomeração de prédios, além das montanhas que bloqueiam o vento sul que ocorre em dias mais frios. Portanto, a gestão das necessidades de saúde da população deve estar com o olhar atento para a configuração de áreas com concentração populacional e condições de vida inadequadas, o que pode resultar em quadros de adoecimento e morte, relacionados principalmente com questões socioambientais.

A configuração geopolítica da cidade redefiniu as divisões regionais e foram excluídos de seus contornos alguns bairros pertencentes ao município de Serra. A atual territorialização administrativa de Vitória é constituída por nove (09) Regiões (Centro, Santo Antônio, Jucutuquara, Maruípe, Praia do Canto, Goiabeiras, São Pedro, Jardim Camburi, Jardim de Penha) e 79 Bairros, (Lei Municipal nº 6.077/2003, com as alterações pela Lei Municipal nº 8.611/2013), conforme a Figura 1 a seguir.



**Figura 1- Mapa com as Regiões administrativas do município de Vitória**

A recente expansão urbana da cidade ocorreu em direção norte, na Região Continental (bairro Jardim Camburi), obedecendo ao Plano Diretor Urbano (PDU) da capital, estabelecido desde 1984 e revisado em 2006. Vitória possui 432 áreas verdes de proteção ambiental, que funcionam como espaços públicos de lazer e recreação disponibilizados para os cidadãos.

A organização da atenção à saúde no município de Vitória abrange seis (06) regiões (Região 1: Santo Antônio, Região 2: Maruípe; Região 3: São Pedro, Região 4: Forte de São João, Região 5: Continental, Região 6: Centro) e vinte e nove (29) Territórios de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Figura 2). A divisão das Regiões de Saúde assegura ao município a descentralização dos serviços sob o ponto de vista técnico-operacional, corroborando com o planejamento local e gestores locais, que identificam as necessidades mais relevantes para obtenção de resultados positivos e resolutivos.

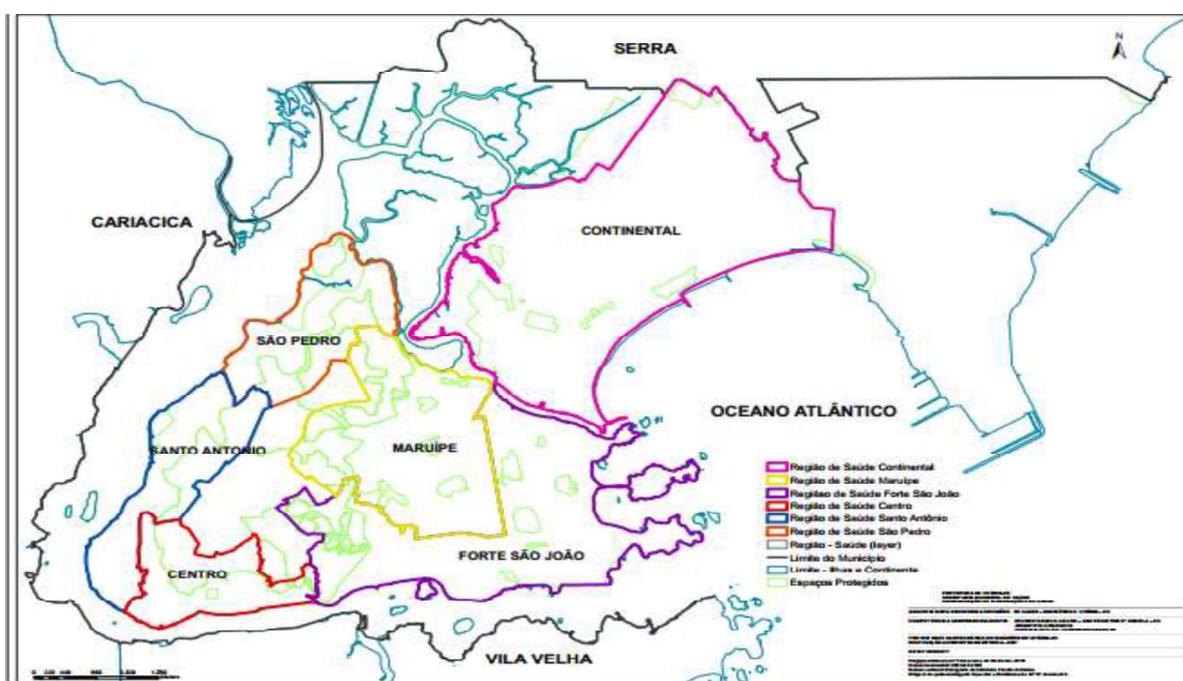


Figura 2- Mapa das Regiões de Saúde do município de Vitória/ES.

### Região 1 – Santo Antônio

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

## **Região 2 – Maruípe**

Compreende 16 bairros (Maruípe, Da Penha, Bonfim, Gurigica, Consolação, Horto, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro, Andorinhas, De Lourdes), que se distribuem em 08 Territórios de Saúde (Maruípe, Consolação, Da Penha, Bonfim, Andorinhas e Santa Marta, Tabuazeiro/São Cristovão e Itararé).

## **Região 3 – São Pedro**

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

## **Região 4 – Forte São João**

É composta por 19 bairros (Bento Ferreira, Cruzamento, Forte São João, Fradinhos, Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Jesus de Nazareth, Jucutuquara, Nazareth, Romão, Barro Vermelho, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helena, Santa Lúcia e Santa Luiza), que se distribuem em 05 Territórios de Saúde (Forte São João, Ilha de Santa Maria, Jesus de Nazareth, Praia do Suá e Santa Luiza).

## **Região 5 – Continental**

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

## **Região 6 – Centro**

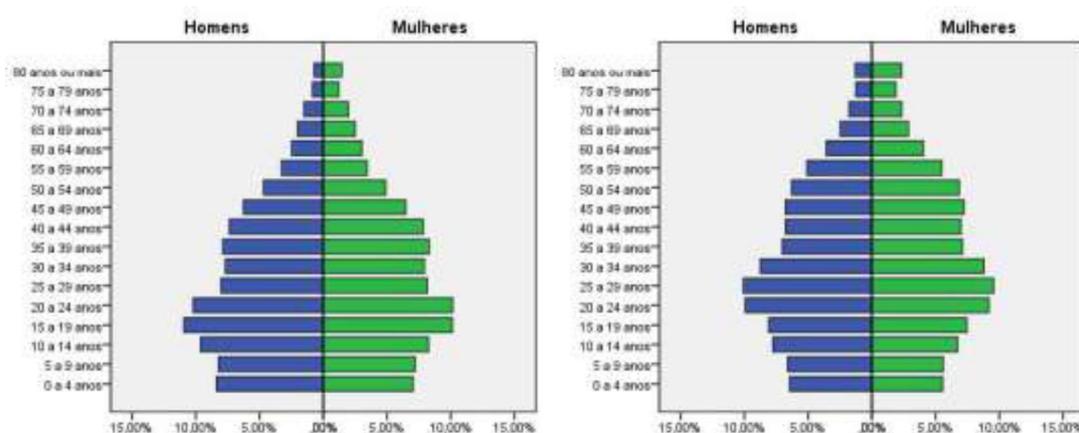
É composta por 11 bairros (Centro, Fonte Grande, Piedade, Do Moscoso, Parque Moscoso, Santa Clara, Ilha do Príncipe, Santa Tereza, Do Quadro, Do Cabral e Vila Rubim), que se distribuem em 04 Territórios de Saúde (Fonte Grande, Ilha do Príncipe, Avelina/ Santa Tereza e Vitória).

## 2.1.2 Demografia

Os dados dos censos populacionais de 1991/2000 e 2000/2010 demonstraram que houve mudança no padrão demográfico do município, semelhante ao ocorrido no Brasil e no estado do Espírito Santo, caracterizado pela redução da taxa de crescimento populacional de 1,38 para 1,15 (censo populacional IBGE/2010).

A configuração da pirâmide populacional de Vitória modificou-se, resultando no estreitamento de sua base e alargamento de seu ápice. Foram evidenciados a redução da população de menores de dez anos e o aumento do número de adultos jovens (20 a 34 anos) e idosos (60 anos e mais) – transição demográfica no município (Gráfico 1). Os principais fatores que influenciaram essas alterações foram as taxas bruta de natalidade (2016 – ocorreu a menor taxa da série histórica entre 1994 e 2016, com 12,15 nascimentos por mil hab./ano), de fecundidade total (1,38 - censo populacional IBGE/2010) e o índice de envelhecimento (62,53% - censo populacional IBGE/2010).

Essa transição demográfica, fenômeno de envelhecimento populacional, vem acarretando mudanças das necessidades da população de Vitória, cujas características peculiares são distribuídas em cada território da rede municipal de saúde do município.



**Gráfico 1 – Pirâmides populacionais IBGE – Censos 2000 e 2010 - Vitória-ES**

Em 2017 (Tabela 1), a distribuição da população por faixa etária mostrou predomínio do sexo masculino desde o nascimento até o início da adolescência

(< 14 anos). Após essa fase da vida, o sexo feminino prepondera. Essa predominância do início da adolescência até mais de 60 anos sofre influência do aumento da mortalidade por violência e doenças crônicas para o sexo masculino nesse período da vida. O sexo feminino perfaz 53,03% da população e esta categoria compartilha as responsabilidades dos domicílios, principalmente, quando existem filhos, netos, sogros, parentes desempregados, demonstrando o papel de cuidador principal nas estruturas familiares agregadas existentes no município. (Fonte: IBGE - Censo Demográfico - Dados do Universo - Gerência de Informações Municipais - SEGES/PMV).

O quantitativo populacional do município, no ano de 2017, por regiões de saúde e principais linhas de cuidado: saúde da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, faixa etária passível ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, possibilita a adequação do planejamento em saúde a partir das especificidades de cada local (Tabela 1). A região Continental obteve o maior percentual de habitantes, 32,83% do total estimado para o município em 2017; seguida pelas regiões de Maruípe (19,88%), do Forte de São João (17,57%), de São Pedro (10,30%), de Santo Antônio (8,93%) e do Centro (7,82%).

A proporcionalidade da estimativa populacional para o ano de 2017 demonstrou que a população de menores de um ano foi maior nas regiões Continental, Maruípe, Forte São João e São Pedro. Os menores de cinco anos e adolescentes predominaram nas regiões Continental e Maruípe. As regiões Continental, Forte de São João e Maruípe concentraram a maior parte da população entre 20 e 59 anos e a população idosa (acima de 60 anos).

Tabela 1 - População estimada por Região de Saúde, faixa etária e sexo, Vitória/ES, 2017.

Território	Sexo	Faixa etária							Total
		Menos de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 59 anos	60 anos ou mais	
Continental	Masculino	634	2.354	2.855	3.439	4.051	35.749	6.115	55.197
	Feminino	588	2.321	2.745	3.295	4.414	41.980	8.710	64.053
	<b>Total</b>	<b>1.222</b>	<b>4.675</b>	<b>5.600</b>	<b>6.734</b>	<b>8.465</b>	<b>77.729</b>	<b>14.825</b>	<b>119.250</b>
Maruípe	Masculino	533	1.991	2.619	3.062	3.007	20.276	2.995	34.483
	Feminino	500	1.911	2.495	2.939	3.062	22.242	4.574	37.723
	<b>Total</b>	<b>1.033</b>	<b>3.902</b>	<b>5.114</b>	<b>6.001</b>	<b>6.069</b>	<b>42.518</b>	<b>7.569</b>	<b>72.206</b>
Centro	Masculino	172	623	771	921	1.059	7.768	1.731	13.045
	Feminino	145	600	829	936	1.056	8.894	2.880	15.340
	<b>Total</b>	<b>317</b>	<b>1.223</b>	<b>1.600</b>	<b>1.857</b>	<b>2.115</b>	<b>16.662</b>	<b>4.611</b>	<b>28.385</b>
Santo Antônio	Masculino	218	934	1.274	1.498	1.433	8.731	1.248	15.336
	Feminino	196	964	1.254	1.445	1.426	9.850	1.956	17.091
	<b>Total</b>	<b>414</b>	<b>1.898</b>	<b>2.528</b>	<b>2.943</b>	<b>2.859</b>	<b>18.581</b>	<b>3.204</b>	<b>32.427</b>
São Pedro	Masculino	331	1.323	1.718	1.900	1.657	10.045	1.022	17.996
	Feminino	337	1.312	1.598	1.985	1.752	11.062	1.365	19.411
	<b>Total</b>	<b>668</b>	<b>2.635</b>	<b>3.316</b>	<b>3.885</b>	<b>3.409</b>	<b>21.107</b>	<b>2.387</b>	<b>37.407</b>
Forte São João	Masculino	345	1.294	1.749	2.075	2.217	18.027	4.181	29.888
	Feminino	332	1.263	1.587	1.998	2.270	20.629	5.838	33.917
	<b>Total</b>	<b>677</b>	<b>2.557</b>	<b>3.336</b>	<b>4.073</b>	<b>4.487</b>	<b>38.656</b>	<b>10.019</b>	<b>63.805</b>
Demais Setores*	Masculino	0	6	9	9	10	34	2	70
	Feminino	2	5	9	9	4	33	3	65
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>67</b>	<b>5</b>	<b>135</b>
Bairros Serra**	Masculino	62	192	266	329	361	2.881	447	4.538
	Feminino	53	186	263	335	336	3.161	653	4.987
	<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>378</b>	<b>529</b>	<b>664</b>	<b>697</b>	<b>6.042</b>	<b>1.100</b>	<b>9.525</b>
Vitória	Masculino	2.295	8.717	11.261	13.233	13.795	103.511	17.741	170.553
	Feminino	2.153	8.562	10.780	12.942	14.320	117.851	25.979	192.587
	<b>Total</b>	<b>4.448</b>	<b>17.279</b>	<b>22.041</b>	<b>26.175</b>	<b>28.115</b>	<b>221.362</b>	<b>43.720</b>	<b>363.140</b>

Fonte: IBGE /SEMUS/CIS; Nota: Estão incluídos os setores censitários que não se enquadram na lei de bairros, e os bairros em litígio com o município da Serra

### 2.1.3 Condições da Natalidade

A quase totalidade dos partos em Vitória é realizada em ambiente hospitalar, entretanto ainda predominam os partos cesáreos (63% / 2016), sobre os partos normais (37% / 2016). O alcance do parâmetro de 15% estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o limite máximo de 25% de parto cesáreo preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil, para essa modalidade de assistência, precisa ser buscado no município junto às maternidades privadas e públicas, sob a gestão estadual.

O percentual da gravidez na adolescência para o ano de 2016 foi de 12,97%, e em mulheres após essa faixa etária de 87,03%. Dentre todos os nascimentos de residentes, distribuídos por regiões de saúde, observou-se que as regiões de Santo Antônio (19,70%), São Pedro (19,53%) e Maruípe (19,51%) atingiram os maiores percentuais de gravidez na adolescência (10 a 19 anos), destacando-se na região de São Pedro a gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos (1,89%).

No ano de 2017 para a pactuação dos indicadores de saúde do Pacto pela Vida foi incluída a Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos, cujo parâmetro nacional de referência é de 18,87%.

À priori, a adolescência é um ciclo de vida saudável, mas que evidencia agravos em saúde decorrentes de vulnerabilidades relacionadas a hábitos e comportamentos, ao contexto social e desigualdades resultantes dos processos históricos de exclusão e discriminação de direitos e oportunidades.

A partir das ações de produção da saúde pode-se intervir de forma satisfatória na implementação de um elenco de direitos, aperfeiçoando as políticas de atenção a essa população. Desta forma, deve-se promover o direito à saúde dos adolescentes, em especial, aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, e com isso reduzir consideravelmente o número de casos de gravidez na adolescência. (BRASIL, 2015).

O município manteve um percentual menor que 10% para o indicador proporção da prematuridade relacionada ao número de nascidos vivos (nascido vivo < de 37 semanas) e do baixo peso ao nascer (peso menor que <2500g) na maior parte dos anos, entre 2010 a 2016, entretanto é preciso adequar a assistência à saúde da mulher e a assistência ao pré – natal para obtenção de maior redução do risco ao nascer (prematuridade e baixo peso) e da mortalidade neonatal. Nesse período foi observada uma redução da taxa de natalidade, nos anos de 2015 (13,17 por mil nascidos vivos) e 2016 (12,18 por mil nascidos vivos).

## **2.2 Aspectos econômicos e sociais**

### **2.2.1 Produto Interno Bruto (PIB) e a arrecadação pública**

A economia brasileira em geral, incluindo a realidade estadual e de Vitória, vem passando por uma grave crise nos últimos anos, com importante repercussão sobre a arrecadação pública, especialmente a partir de 2015. A renda per capita dos capixabas aumentou consideravelmente entre os anos de 2005 e 2015, passando de R\$ 780,81 para R\$ 1.052,36. Porém, na comparação de 2015 com o ano anterior, houve queda de - 8,9%. Entre os estados do Sudeste, o Espírito Santo teve a maior queda, foi seguido de São Paulo com - 8,8%, Rio de Janeiro com - 6,5% e Minas Gerais com - 4,3% (IJSN, 2017).

Especificamente em relação à Vitória, em 2014 deixou de ser a capital com o maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita do país, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No geral, Vitória foi o 31º município do país no ranking do PIB a preços correntes, caindo uma posição em relação ao ano de 2013.

Em toda a série, até 2013, Vitória tinha o PIB per capita mais alto entre as capitais brasileiras. Contudo, em 2014, a capital capixaba com R\$ 66,4 mil, foi ultrapassada por Brasília, com R\$ 69,2 mil, o que correspondia a aproximadamente 2,4 vezes o PIB per capita brasileiro. De acordo com a análise do IBGE, a perda foi impulsionada pela queda do setor secundário e terciário.

Como consequência, a queda na atividade econômica em geral, também produziu impacto negativo sobre a arrecadação pública. Após o recuo de 10,7% em 2015, veio a queda de 6,5% na arrecadação do conjunto dos municípios capixabas em 2016. Com base em valores corrigidos da inflação pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio de 2016, os valores passaram de R\$ 11,16 bilhões para R\$ 10,43 bilhões, nível próximo ao registrado em 2010 (FINANÇAS DOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS, 2017).

O resultado desse último ano teria sido ainda pior, com queda da ordem de 8%, se desconsiderados os recursos extraordinários no valor de R\$ 156,4 milhões provenientes da Lei de Repatriação, que ingressaram nos cofres municipais ao final do exercício de 2016, via Fundo de Participação dos Municípios.

Vitória, especificamente, possui sua economia ancorada no setor terciário, onde se destacam a prestação de serviços e o comércio, recebendo a maior parcela do ICMS e do ISS entre os municípios capixabas. Por essa razão, o ISS representou mais de 25% da sua receita corrente em 2016, enquanto o ICMS participou com 21% deste montante arrecadado. Esse perfil, atrelado ao referido cenário estadual e nacional de instabilidades, tem acarretado um período de dificuldades para o desenvolvimento econômico do município nos últimos quatro anos e, portanto, um grande desafio para a gestão municipal, inclusive no setor saúde.

A arrecadação do ICMS pelo governo estadual, cuja parcela de 25% é transferida aos municípios, já havia sofrido um grande abalo em 2013 quando entrou em vigor a Resolução nº 13 do Senado Federal, que alterou as alíquotas do ICMS interestadual e desestimulou fortemente as atividades do setor importador capixaba, uma vez que acabou afetando o sistema de incentivo vigente. A partir de 2014, o ICMS passou a sentir os efeitos da crise econômica que se abateu sobre o país a partir de meados daquele ano, aliada a uma piora sensível dos setores de mineração e petróleo, importantes segmentos na cadeia de negócios do Espírito Santo.

Em relação ao ISS, Vitória teve a maior queda em termos absolutos, com R\$ - 38,4 milhões, representando uma redução de 9,5%, seguida de Aracruz, com R\$ -18,9 milhões, ou - 23,3%. Em termos gerais, no ano de 2016, dos 78 municípios capixabas, 68 registraram queda em sua receita total, sendo que Vitória manteve a maior arrecadação com R\$ 1.482.427.067,97 de receita total, apesar da maior queda em valores absolutos (R\$ -107,8 milhões), seguida de Presidente Kennedy (R\$ - 74,7 milhões) e Itapemirim (R\$ - 70,5 Milhões).

Diante desse cenário, coube à gestão municipal em todas as áreas buscar a melhoria da eficiência na aplicação dos recursos existentes, associada à redução de algumas despesas possíveis. No caso geral dos municípios capixabas, com a referida queda das receitas correntes na ordem de 7%, houve um corte médio de 6,3% em suas despesas com pessoal, que representa o principal componente de despesa dos municípios. Essa redução atingiu R\$ 5,2 bilhões em 2016, contra R\$ 5,55 bilhões registrados no ano anterior (FINANÇAS DOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS, 2017).

Em Vitória, os gastos com pessoal encolheram R\$ 91,8 milhões, a maior queda em termos absolutos no Estado, passando de R\$ 870,9 milhões, em 2015, para R\$ 779 milhões, em 2016.

Nesse contexto, a receita per capita dos municípios capixabas foi em média de R\$ 2.561,70 em 2016. Esse valor foi 8% menor que o de 2015. No topo deste ranking está o município de Presidente Kennedy, com arrecadação de R\$ 29.556,95 per capita, ficando Vitória situada na 4ª posição com R\$ 4.122,95 (TCE-ES).

## **2.2.2 Trabalho, renda e o perfil da pobreza**

A quantidade da força de trabalho disponível numa dada sociedade depende de três fatores: a) o tamanho da sua população residente; b) a estrutura etária dessa população, que indica a quantidade de adultos ativos existentes (População em Idade Ativa – PIA); c) a disposição ao emprego dessa população em função do nível dos salários pagos, que é indicada pelas taxas de ocupação. A qualidade da força de trabalho, por sua vez, está condicionada, em linhas gerais, ao nível educacional conquistado e às políticas de qualificação existentes para a população. A disposição ao emprego define o quantitativo da PIA que se encontra economicamente ativa (PEA), parte efetivamente ocupada e parte buscando uma ocupação, bem como o quantitativo de inativos, que apesar de estarem em condições etárias de ocupar-se, por alguma razão, não estão exercendo qualquer atividade.

No Espírito Santo, a População em Idade Ativa (PIA) passou de 3,06 milhões de pessoas em 2014 para 3,13 milhões de pessoas em 2015, ou seja, um crescimento de 2,4% neste período. A População Economicamente Ativa (PEA) diminuiu, passando de 2,12 milhões de pessoas para 2,05 milhões de pessoas, no mesmo período, apresentando queda de - 3,3%. Esta diferença do crescimento da PIA e da PEA repercutiu diretamente na Taxa de Atividade, que caiu de 69,3% em 2014 para 65,4% em 2015, indicando que, proporcionalmente, o número de pessoas economicamente ativas diminuiu no Estado durante a semana de referência da pesquisa (IJSN, 2016).

A PEA, comumente chamada de Força de Trabalho disponível, pode ser desdobrada em população ocupada e população não ocupada ou desocupada. Entre 2014 e 2015, o número de pessoas ocupadas no estado diminuiu de 1,98 milhões para 1,83 milhões, registrando um decréscimo de - 7,6% entre esses dois anos (-150 mil ocupados), com a particularidade de que, entre os empregados, houve redução de 36,4 mil pessoas no setor formal e de 59,5 mil pessoas no setor informal.

A taxa de desemprego é reflexo da taxa de desocupação uma vez que, somadas as pessoas ocupadas e as desocupadas tem-se o total de pessoas economicamente ativas. Entre 2014 e 2015, o total de desempregados no Espírito Santo passou de 138 mil pessoas para 218 mil pessoas, gerando um aumento da taxa de desemprego de 6,5% para 10,6% nesse período. Essa taxa registrada para o estado, apesar do aumento, ainda é inferior à observada na Região Sudeste (10,7%) e maior que a observada na média brasileira, de 9,6% (IJSN, 2016).

Analisando o aspecto da renda no estado, tem-se que a qualidade da força de trabalho está diretamente vinculada à escolaridade, experiência e a qualificação, mas que irá propagar-se através do aumento da produtividade do trabalho e conseqüentemente na renda auferida. A renda real média de todos os trabalhos, que apresentou uma expansão de 41,6% nos últimos 10 anos, tem mantido uma trajetória bastante volátil nesse período. Em 2015, a renda real média no Espírito Santo diminuiu - 2,5% em relação ao ano anterior, alcançando R\$1.855,00 em 2015 (IJSN, 2016).

Em relação à análise do perfil de pobreza, são consideradas abaixo da linha da pobreza pessoas que possuem renda mensal inferior a R\$ 288,00. Na linha da extrema pobreza, estão as pessoas cuja renda mensal não ultrapassa R\$144,00. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), entre os estados da Região Sudeste, o Espírito Santo apresentou a menor taxa de pobreza no ano de 2015. Entre 2005 e 2015, o Estado diminuiu o percentual de pobreza de 22,8% para apenas 8,8% (IJSN, 2017). Corroborando esse cenário de crise econômica, já descrito anteriormente, tem-se o fenômeno de aumento na pobreza como uma consequência direta da queda na renda dos mais pobres. A pobreza no Espírito Santo, que mantinha uma tendência de redução ao longo da última década, apresentou um primeiro aumento em 2013 e outro em 2015, quando a taxa de pobreza no Estado aumentou em relação a 2014, saltando de 7,5% para 8,8%, enquanto no País a pobreza aumentou 1,8% no mesmo período. Na análise dos dados de extrema pobreza, no Espírito Santo, em 2014, 1,7% dos capixabas estava em situação de extrema pobreza. Em 2015, o número saltou para 3%, segundo estudo desenvolvido pelo Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN, 2017).

Em Vitória, especificamente, no ano de 2015, o salário médio mensal era de 4,1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 69,5%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava a primeira posição nas duas análises. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 28,7% da população nessas condições, o que o colocava na posição 78 de 78 dentre as cidades do estado (IBGE, 2015). Vale ressaltar que o município possui 6.345 famílias incluídas no déficit habitacional (CadÚnico – Elaboração IJSN/2017), representando 8,55% em relação ao estado, ocupando a 3ª colocação no ranking dos municípios do Espírito Santo, o que corresponde a habitação precária, coabitação familiar, ônus excessivo com aluguel, adensamento excessivo. O aumento na densidade demográfica em meio urbano sinaliza para a necessidade do monitoramento das áreas com maior concentração populacional e a observação das condições de vida aí existentes.

Certamente é difícil medir o impacto que essa realidade vem trazendo em relação aos indicadores de saúde da população capixaba em geral e de Vitória, em particular. Mas, também é certo que, por serem determinantes e condicionantes da saúde, os aspectos socioeconômicos vem influenciando negativamente sobre o processo saúde-doença da população e, por consequência, nesses indicadores, além de encarecer e dificultar o financiamento da saúde.

### 2.2.3 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa que envolve três dimensões: renda, educação e esperança de vida ao nascer, para a avaliação do bem-estar da população. Portanto, o conceito de desenvolvimento humano considera não somente o fator econômico para a aferição do avanço na qualidade de vida de determinada população, mas também as características sociais, culturais e políticas que a influenciam.

Vitória, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) e o censo de 2010, é a segunda melhor cidade do litoral brasileiro para se viver. Está na faixa de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal considerado alto, com a média de 0,845, ficando atrás apenas de Florianópolis (capital catarinense – IDH: 0,847), (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010) e bem acima do índice estadual que foi de 0,74. Outros índices que se somam ao IDH são: 0,876 em renda, 0,855 em expectativa de vida (76,3 anos) e 0,805 em educação (Figura 3).



Figura 3 – índice Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) –1991 e Censos 2000 e 2010, Vitória/ES.

Ocorreu importante redução, em Vitória, no percentual da população com renda de até meio salário mínimo, de 41,03% dos habitantes em 1991 para 15,02% em 2010, mostrando um crescimento no padrão econômico na municipalidade. Mas, observando-se um dado mais atual, 2014 (28,70%), volta-se ao patamar do ano de 2000 (25,39%), mostrando uma diminuição desse padrão (IBGE).

A Razão de Dependência (medida auto referida no censo 2010) indicou o valor da ordem de 1,6, aumentando quando comparada a 2000 (1,5). Existem, portanto, seis habitantes em fase produtiva da vida para cada pessoa dependente.

Vitória possui um bom Índice de Desenvolvimento Humano para Longevidade o que revela as atuais condições da cidade, tendo em vista sua capacidade de atender às necessidades básicas de vida, destacadamente dos adultos mais idosos (Vitória em dados- PMV). A esperança de vida ao nascer cresceu 5,5 anos na última década, passando de 70,7 anos, em 2000, para 76,3 anos, em 2010. A esperança de vida ao nascer é um dos indicadores utilizados para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (Atlas Brasil, 2013).

As Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Conforme já referido, na capital, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 97,91%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 88,94%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 74,56%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 63,81%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 46,57 pontos percentuais, 28,03 pontos percentuais, 32,48 pontos percentuais e 32,89 pontos percentuais (Atlas Brasil, 2013).

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino

fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 66,96% para 78,94%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na Unidade Federada (UF). Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 3,59% eram analfabetos, 76,83% tinham o ensino fundamental completo, 64,08% possuíam o ensino médio completo e 31,86%, o superior completo (Figura 4). No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27% (Atlas Brasil, 2013).

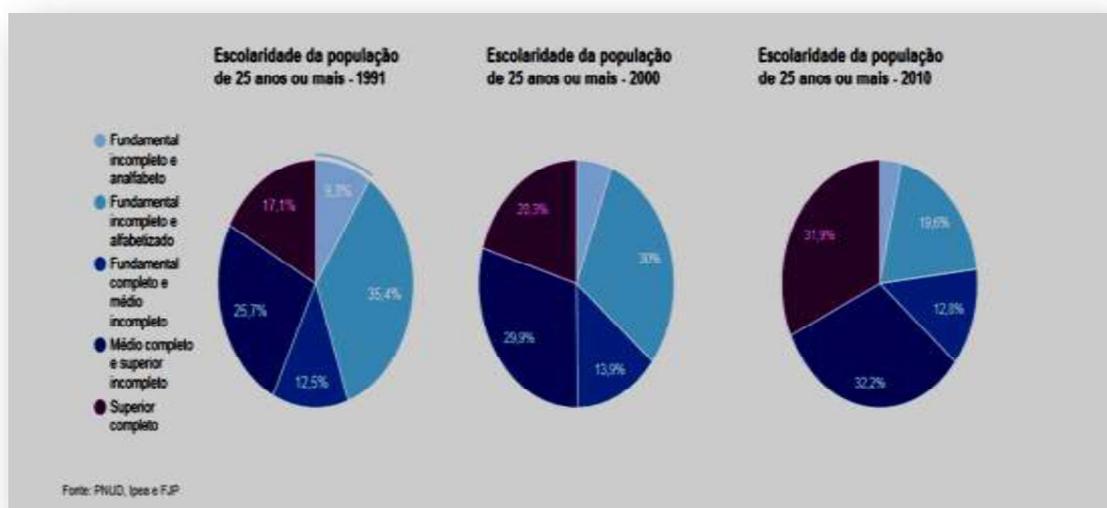


Figura 4 – Proporção da Escolaridade da população adulta, Vitória/ES, 1991, 2000, 2010.

## 2.2.4 Educação

A evolução dos indicadores na área da Educação nos últimos anos, mostra que a situação educacional do Espírito Santo vem melhorando, com indicadores próximos à média nacional, mas ainda inferiores à Região Sudeste. Percebe-se também que, embora observemos uma melhora, a velocidade desta melhora reduziu nos anos recentes.

A escolaridade média da população de 25 anos ou mais saiu de 6,8 anos de estudo em 2005 para 8 anos em 2015, o que representa uma escolaridade igual ao ensino fundamental completo. Apenas 44,1% da população com 25 anos ou mais têm no mínimo 11 anos de estudo (ensino médio completo) e somente 13,7% possuem ensino superior completo ou mais em 2015. A taxa de analfabetismo, que era de 8,7% em 2005, passou para 6% em 2015, ou seja, em dez anos caiu aproximadamente - 31%. Considerando que o ensino fundamental está praticamente universalizado para a população de 7 a 14 anos, é razoável supor que o analfabetismo será reduzido a níveis mínimos nos próximos anos (IJSN, 2016).

Uma outra situação importante a ser analisada é a do analfabetismo funcional que, segundo a definição do IBGE, são aquelas pessoas com menos de 4 anos de escolarização formal. Em 2005 esta proporção era de 20,3% entre as pessoas de 15 anos ou mais. Em 2015 este número caiu para 15,7% no estado. É uma redução expressiva, mas esta proporção representa aproximadamente 490 mil capixabas que apesar de lerem, não são capazes de compreender o que leem.

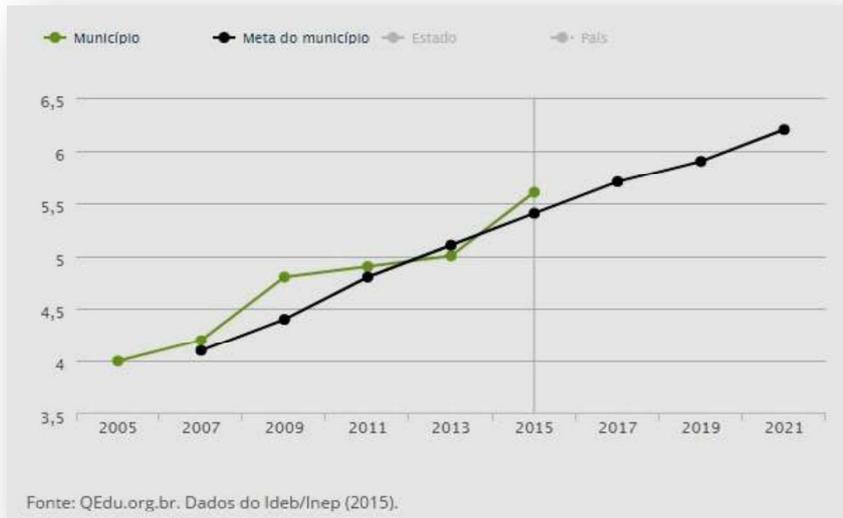
Os dados também nos mostram que as crianças e adolescentes do estado entre 7 e 14 anos estão quase todos frequentando a escola (98,6%), embora este resultado tenha sido inferior ao observado tanto para o Brasil quanto para a Região Sudeste. Entre os jovens de 15 a 17 anos do Espírito Santo, 84% frequentam a escola. Este número também é inferior à frequência observada para o Sudeste e Brasil. A taxa de retenção no ensino fundamental e médio no estado é próxima à verificada para o país e a mesma é tanto maior, quanto maior é o nível de ensino (IJSN, 2016). Especificamente em Vitória, de acordo com os dados do IBGE, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos era de 97,6% em 2010.

Em 2017, segundo a Secretaria Municipal de Educação, a cidade de Vitória possui 43.349 estudantes regularmente matriculados na rede municipal de ensino, 17.176 no ensino infantil (creche e pré-escola) e 26.173 no ensino fundamental. Além de 2.655 escolares na educação de jovens e adultos, conforme dados do Sistema de Gestão Escolar (SGE).

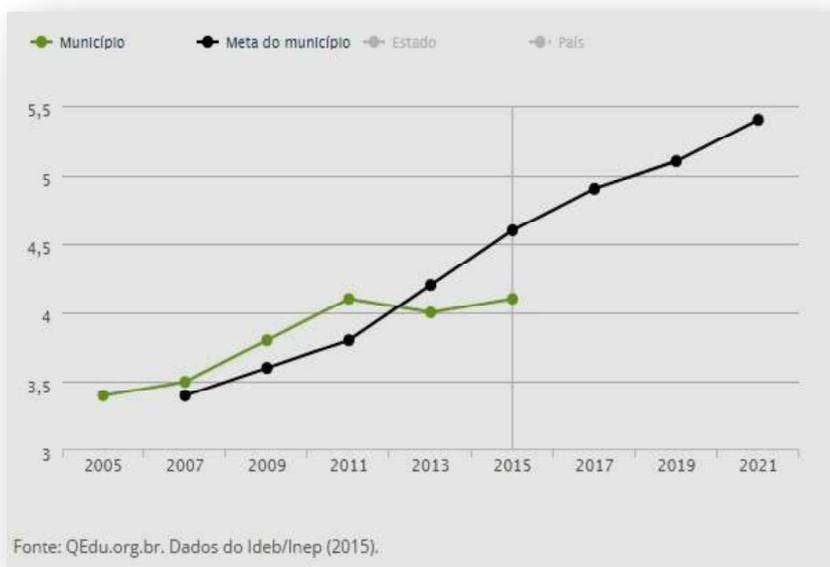
No que refere a educação em tempo integral, os Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) atendem 2.188 crianças nessa modalidade. Em relação ao quantitativo de estudantes por faixa de renda familiar (questionário respondido por 40.651 estudantes) destacam-se que 71,26% das famílias dos alunos possuem renda inferior a mil e oitocentos e vinte reais (R\$1.820,00), concentrando-se a renda na faixa entre setecentos e oitenta e um reais (R\$ 781,00) a um mil e trezentos reais (R\$ 1.300,00), alcançando o percentual de 35,34%. Chama atenção o percentual de 7% das famílias que possuem renda inferior a duzentos e sessenta reais (R\$ 260,00) na rede municipal de Educação (dados SGE agosto 2017). Essas famílias são consideradas abaixo da linha da pobreza, uma vez que a análise do perfil de pobreza classifica desta forma as pessoas que possuem renda mensal inferior a R\$ 288,00.

Quanto ao quesito raça/cor (autodeclarado) para 46.299 estudantes verificados há o predomínio de negros (pretos (8,3%) e pardos (58%)) girando em torno de 66 %, somando-se aos brancos 29,8%, amarelos 0,3% e indígenas 0,2% (dados SGE setembro 2017). Em relação à desistência no ensino fundamental, no ano de 2017 é importante destacar a ocorrência de apenas 0,1% de escolares desistentes: nove (9) alunos nos anos iniciais e doze (12) nos anos finais (dados SGE agosto 2017).

Quanto à qualidade do ensino, o Plano de Desenvolvimento da Educação estabelece, como meta, que em 2022 o IDEB do Brasil seja 6,0 – média que corresponde a um sistema educacional de qualidade comparável a dos países desenvolvidos (Dados do Ideb/Inep, 2015). O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)\* apresentado pela capital em 2015 alcançou 5,6 nos anos iniciais chegando a 4,1 nos anos finais do ensino fundamental (Figura 5 e 6). Numa escala de 0 a 10 sintetiza dois conceitos, a aprovação escolar e o aprendizado em português e matemática.



**Figura 5 – Evolução do IDEB dos anos iniciais, Vitória/ES.**



**Figura 6 – Evolução do IDEB dos anos finais, Vitória/ES.**

Nota: \*O IDEB funciona como um indicador nacional que possibilita o monitoramento da qualidade da Educação pela população por meio de dados concretos, com o qual a sociedade pode se mobilizar em busca de melhorias. Para tanto, o IDEB é calculado a partir de dois componentes: a taxa de rendimento escolar (aprovação) e as médias de desempenho nos exames aplicados pelo Inep. Os índices de aprovação são obtidos a partir do Censo Escolar, realizado anualmente.

Em Vitória, considerando a interface do setor saúde com a Educação Municipal, o Programa de Saúde Escolar (PSE) e o Programa Sorria Vitória

desenvolvem várias ações de promoção e prevenção à saúde nos estabelecimentos escolares.

Em 26/04/2017 foi publicado o Decreto Interministerial nº 1.055 de 25/04/2017 que redefiniu as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e municípios, e dispôs sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio das ações. A Adesão do PSE referente ao Ciclo 2017-2018 foi concluída em 21/06/2017 com a celebração do Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE) nº 03205304364, no qual foram estabelecidas ações para 49 dos Centros Municipais de Ensino Infantil (100% dos CMEIs serão atendidos) e 47 Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEFs), das 53 unidades escolares no município.

Não integraram a adesão desse ciclo as escolas: Maria Madalena de Oliveira Domingues, Elzira Vivácqua dos Santos, Prof. Adilson da Silva Castro, Padre Anchieta, José Áureo Monjardim, EJA Professor Admardo Serafim de Oliveira, que serão incorporadas na adesão referente ao ciclo 2018-2019, a ser realizado em julho de 2018.

A referida norma redefine as regras e os critérios para adesão ao PSE como a gestão ocorrer de forma intersetorial, integrando gestores e ações da saúde e da educação.

O foco da mudança é dar ênfase à saúde e não a doença, tem como prioridade o combate à obesidade (no país 8,4% dos adolescentes entre 12 a 17 anos estão obesos).

Com relação às ações pactuadas, são doze (12) os temas prioritários que compõem o Termo em questão, considerando o perfil epidemiológico:

- 1 - Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- 2 - Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;
- 3 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- 4 - Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;
- 5 - Prevenção das violências e dos acidentes;

- 6 - Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- 7 - Promoção e Avaliação de Saúde Bucal e aplicação tópica de flúor ( interface com o Programa Sorria Vitória);
- 8 - Verificação da situação vacinal;
- 9 - Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- 10 - Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- 11 - Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS;
- 12 - Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

As ações de prevenção e tratamento da pediculose não constaram do Termo de Compromisso, porque a partir do registro a atividade tornava-se obrigatória e não agregaria incentivo financeiro, contudo elas são realizadas.

Quanto ao Programa Sorria Vitória, este contempla a população escolar de zero a 14 anos das instituições de ensino da rede pública e privada, atingindo, atualmente, mais de 50.000 escolares. O seu objetivo é a redução da incidência e a velocidade de progressão das doenças bucais, principalmente a cárie e a doença periodontal.

As ações de promoção em saúde (orientadas pela Política Nacional de Saúde Bucal) desenvolvidas são: escovação dental supervisionada, atividades educativas, distribuição de escova, creme dental e fio dental e exame de classificação de necessidades de atenção clínica, para encaminhamento a tratamento individual (Unidade de Saúde mais próxima à residência do escolar). A efetividade dessas ações foi constatada por meio da redução da demanda por atenção clínica da população acompanhada, que decresceu de 56% em 1996 para 26% em 2016.

## 2.2.5 Território e Ambiente

Os indicadores socioeconômicos do município no último censo de 2010 evidenciaram que a maioria dos munícipes tem acesso aos serviços de saneamento básico (água tratada, rede de esgoto, energia elétrica e coleta do lixo), conforme demonstra a Tabela 2 a seguir.

**Tabela 2- Percentual de domicílios com saneamento básico, Vitória-ES, 2010.**

<b>Serviços</b>	<b>2010</b>
Percentual da população em domicílios com água encanada	99,92%
Percentual da população em domicílios com energia elétrica	99,98%
Percentual da população em domicílios com coleta de lixo	99,88%
Percentual da população em domicílios com rede geral de esgoto ou pluvial	96,57%

Fonte: IBGE, PNUD, IPEA e FJP.

Dados mais recentes, de 2015, demonstraram uma melhora no índice de domicílios com esgotamento sanitário adequado, passando para 98,1%. Neste mesmo estudo do IBGE, 65,4% de domicílios urbanos de Vitória estão em vias públicas com arborização e 78,7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 1 de 78, 37 de 78 e 2 de 78, respectivamente (IBGE, 2015).

Em relação às questões ambientais, o Centro de Vigilância em Saúde Ambiental (CVSA) por meio do Programa Vigiágua realiza coleta de amostras de água para consumo humano a fim de monitorar a qualidade da água tratada, fornecida pela concessionária Companhia Espírito-Santense de Saneamento (CESAN). Os parâmetros analisados são: potabilidade para consumo humano (residual de cloro, PH, turbidez, fluoreto, presença de coliformes totais e E. coli ). As amostras de água são coletadas direto da rede de abastecimento (“água da rua”) em vários estabelecimentos públicos de interesse a saúde (unidades de saúde, CMEIs, EMEFs, hospitais) e nos dois rios que abastecem o município (Rio Jucu e Rio Santa Maria) para determinação da concentração de cianobactérias (microorganismos presentes na água quando há risco à saúde). Caso esteja contaminada, a água fornecida pode ser a origem de algumas enfermidades causadas por bactérias, vírus,

protozoários, helmintos ou até mesmo substâncias químicas. Quando as Unidades de Saúde notificam casos de doenças transmitidas pela água, como hepatite A e diarreia, a equipe da saúde realiza a coleta da água do reservatório da residência ou estabelecimento (caixa d'água, bebedouro, torneira da cozinha, entre outros) para investigação da presença de coliformes totais e E. coli. A população pode solicitar orientações sobre limpeza e boa conservação dos reservatórios de água pelo Telefone 156.

O município (CVSA) realiza também análises e pesquisa de parasitas e fungos causadores de zoonoses, transmitidas por meio do contato com areias contaminadas por fezes de animais (cães e gatos) em praias e tanques de areias de praças, parques e escolas públicas a cada 06 (seis) meses. Os laudos das análises são encaminhados para as Secretarias e Unidades de Ensino responsáveis pela limpeza e manutenção dos espaços, com orientações sobre a troca da areia contaminada (quando há presença de parasitas) e medidas preventivas e corretivas de manejo do espaço. As informações referentes às areias de EMEFs e CMEIs também são encaminhadas à Vigilância Sanitária Municipal.

### **3. CONDIÇÕES DE SAÚDE**

#### **3.1 Perfil de mortalidade**

De acordo com o Relatório do Ministério da Saúde intitulado Saúde Brasil 2015/2016 (BRASIL, 2016), o estudo do perfil da mortalidade de uma população é indispensável para subsidiar políticas públicas que visem a melhoria das condições de saúde. O conhecimento das principais causas de morte é um dos aspectos primordiais para atingir esses objetivos, especialmente quando possibilitam a identificação de desigualdades entre vários segmentos populacionais.

No Brasil, os dados e as informações sobre o padrão de óbitos mostram maior prevalência das doenças crônico-degenerativas relacionadas com os problemas cardiovasculares e as neoplasias, como também com as causas externas de óbito. Entretanto, ainda são observados muitos óbitos por doenças infecciosas, e mortes maternas e infantis.

Em 2013, o cenário brasileiro apresentou predomínio das doenças não transmissíveis (73%) e importante carga de mortes por causas externas, predominantes no sexo masculino. Desde 2000, as causas específicas de óbito são lideradas pelas doenças cerebrovasculares (DCV) e o infarto agudo de miocárdio, sendo as doenças do aparelho circulatório o grupo de doenças dentre os quatro grupos de doenças crônicas não transmissíveis, com a maior carga de mortalidade prematura (entre 30 e 69 anos de idade), seguida pelas neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes.

Considerando-se a faixa etária foram identificadas diferenças importantes, os acidentes de transporte terrestre (ATT) lideraram a lista de causa de morte em crianças de 5 a 9 anos e em adolescentes do sexo feminino (10 a 19 anos).

Outra causa importante foram os homicídios que apareceram como a primeira causa de morte em homens de 20 a 59 anos, sendo que nos adolescentes foram a primeira causa em ambos os sexos, com aumento da taxa de mortalidade no sexo masculino desde 2000, chegando a ser mais de dez vezes maior que ao sexo feminino em 2013. Os homicídios nas mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, não se destacaram entre as cinco causas mais frequentes.

Em relação ao quesito raça/cor da pele foram identificadas desigualdades no perfil da mortalidade entre diferentes grupos populacionais. A população preta teve as maiores taxas de DCV e diabetes, a branca de pneumonia e a parda de homicídios e ATT. Os homicídios estiveram entre as cinco principais causas de morte em pessoas de raça/cor parda, preta e indígena, sendo necessário análises mais aprofundadas para avaliação de

existência ou não de diferenças por faixa etária e sexo nesse quesito nos diversos grupos populacionais.

A escolaridade tem sido inversamente associada com mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e com mortalidade por causas externas como homicídios no Brasil. No entanto, ela não é um fator associado às taxas de mortalidade por homicídios ao comparar por categoria de raça/cor da pele, como em negros e brancos.

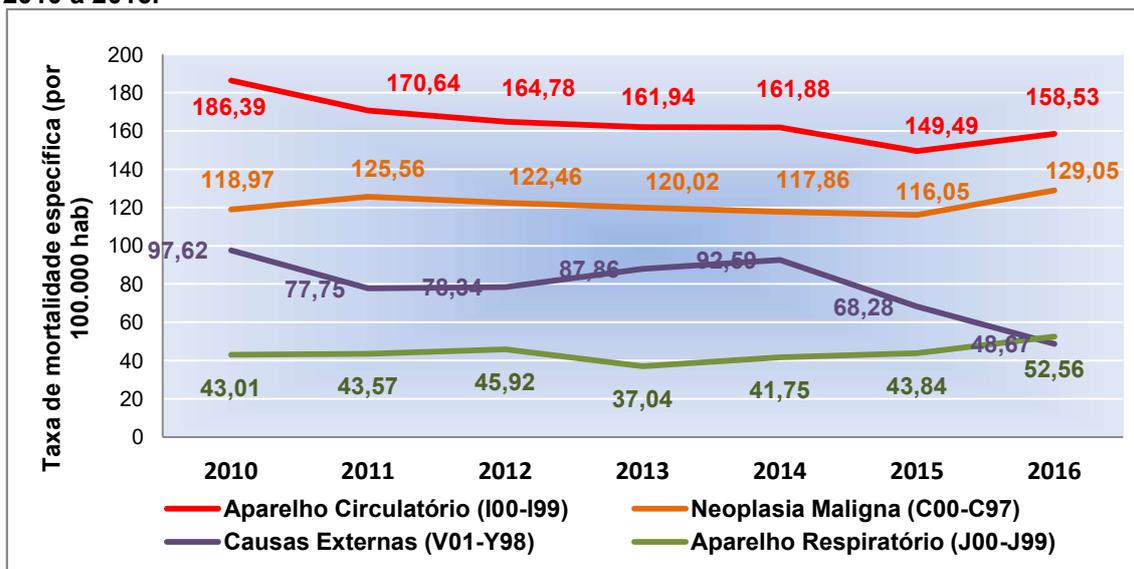
No período de 2010 a 2016, o Brasil e o estado do Espírito Santo apresentaram coeficiente de mortalidade geral em torno de cinco a seis óbitos por mil habitantes com pequenas variações.

No município de Vitória, o Coeficiente de Mortalidade Geral permaneceu inferior a seis óbitos por mil habitantes, alcançando um coeficiente de 5,52 óbitos/1.000 hab. em 2016.

No período de 2010 a 2016 mais da metade dos óbitos ocorridos foram em razão dos quatro principais grandes grupos de causas da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 010): doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), causas externas de mortalidade e doenças do aparelho respiratório, em ordem decrescente de prevalência.

O padrão de mortalidade em Vitória variou no período, com declínio dos óbitos por causas externas e aumento das mortes por doenças respiratórias e causas perinatais, conforme pode ser visualizado no Gráfico 2.

**Gráfico 2 - Taxas de Mortalidade Específica por Doenças do Aparelho Circulatório e Respiratório, Neoplasias (tumores) e por Causas Externas por 100.000 hab., Vitória/ES, 2010 a 2016.**



Fontes: 2009 a 2015 - SIM - DATASUS / 2016: SIM base municipal- SEMUS/GVS/CVE - Cálculos efetuados SEMUS/CIS (Dados sujeitos à alteração, emitidos em 31/03/2017); População: 2000 e 2010 Censos IBGE / 2006 Contagem populacional / Demais anos, projeções intercensitárias.

No ano de 2016 constatou-se que 28,72% dos óbitos foram por doenças do aparelho circulatório, 23,48% por neoplasias, 9,52% por doenças do aparelho respiratório, 8,82% relacionados às causas externas, 6,50% por doenças do sistema nervoso, concentrando nesses grandes grupos de causa, 77,04% da mortalidade observada no município.

A principal causa de morte no Capítulo das Doenças do Aparelho Circulatório foi o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), seguido pelo câncer de pulmão do Capítulo II das Neoplasias, cenário que se repete na maioria das regiões de saúde do município, exceto a região de São Pedro. O evento violento agressão por disparo de arma de fogo foi a terceira causa de morte, ocupando o primeiro lugar entre as Causas Externas de mortalidade, o que está associado às características da vida urbana onde persiste os problemas inerentes a desigualdade social e a falta de segurança pública, destacando-se a região de São Pedro. Chama atenção também, o aumento das mortes por doenças do aparelho respiratório nos últimos dois anos (2015 e 2016), fato que necessita de análises mais criteriosas para identificação de sua causalidade.

Na avaliação da mortalidade geral por grupo de causas e sexo foi observado no período em análise (2010 a 2016) que a população masculina apresentou maior número de óbitos relacionados com as doenças do aparelho circulatório (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral), neoplasias (brônquios e pulmões, próstata e esôfago) e causas externas (agressões-homicídios, acidentes de transporte), enquanto as mulheres foram acometidas de mortes relativas às doenças do aparelho circulatório (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral), neoplasias (mama, brônquios e pulmões e cólon) e doenças do aparelho respiratório (doenças crônicas das vias aéreas inferiores e pneumonias).

Houve redução nos óbitos relativos às Agressões (homicídios - X85 – Y09) nos anos de 2010 (50% em relação às Causas Externas e taxa de mortalidade específica de 48,81/100.000 hab.) a 2016 (25,14% em relação às Causas Externas e taxa de mortalidade específica de 12,24/100.000 hab.). Também se observou declínio dos óbitos no município por Acidentes de Transporte (V01-V99) a partir do ano de 2013 (20,59%) e as respectivas taxas de mortalidade específica de 18,09/ 100.000 hab. em 2013 para 7,79/ 100.000 hab. em 2016.

As taxas de mortalidade específica por sexo das Causas Externas nos anos demonstraram maior vulnerabilidade no sexo masculino do que no feminino. Destacaram - se as Agressões (homicídios) em torno de 67% de todos os óbitos ocorridos por Causas Externas no sexo masculino na faixa etária de 15 a 59 anos nos anos, com predomínio das mortes na idade entre 15 e 29 anos, contribuindo com 47% desses óbitos. Nas mortes por Acidentes de Transporte (V01 – V99) também prevaleceu o sexo masculino, correspondendo a 78,08% dos óbitos neste grupo, dos quais 26,09% foram por atropelamentos acima dos 50 anos de idade e 22,53% de mortes por acidentes de motocicletas entre os 20 e 59 anos, concentrando-se na faixa dos 20 e 39 anos (16,6%). A maior proporção de homens nos acidentes de trânsito denota a maior probabilidade de um comportamento de risco aumentado. Essa situação requer adoção de estratégias intersetoriais e intergovernamentais para a diminuição ainda maior dos acidentes ocorridos.

Quanto à taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) /100.000 ou mais habitantes. é um indicador de saúde que permite avaliar a melhoria das condições de saúde do idoso e de portadores das doenças crônicas, mediante a qualificação da gestão e das redes de atenção.

O resultado desse indicador no município apresentou importante redução no período de 2012 (280,38/100.000 hab.) a 2015 (251,97 /100.000 hab.). Entretanto voltou a se elevar em 2016 (277,32/100.000 hab.) para ambos os sexos, necessitando, portanto, estudos e acompanhamentos rigorosos para obtenção de melhores resultados e adoção de medidas de prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, principalmente para a população na faixa etária de 20 a 59 anos.

Em comparação aos dados referentes ao estado do Espírito Santo e ao Brasil, Vitória vem desde o ano de 2010 apresentando menor resultado para esse indicador.

Além da mortalidade por DCNT e dessas doenças se constituírem como as principais causas de internações hospitalares, no Brasil, os custos das DCNT representam um impacto crescente nos sistemas de saúde (MALTA, SILVA JUNIOR, 2013). Este fato é reforçado pelas médias de permanência das principais causas de internações por DCNT obtidas para os residentes de Vitória no SUS (faixa etária de 30 a 69 anos) nos anos de 2010 a 2016, as morbidades que alcançaram as maiores médias de internações (acima de 6,3 dias) foram: doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio e os cânceres de encéfalo, de traqueia, brônquios e pulmões e do estômago.

As doenças e agravos referidos acima e somados às causas externas, como violência, homicídios e suicídios, acidentes em geral são responsáveis por elevado número de mortes prematuras e comprometimento da qualidade de vida decorrente do alto grau de limitações e incapacidade para as atividades diárias, como também acarretam consequências de ordem econômica e de estrutura logística para as famílias, comunidades e sociedade.

Conclui-se, portanto, que é fundamental executar o monitoramento da morbimortalidade e de seus fatores de risco com o fortalecimento da vigilância em saúde, a mudança no perfil dos serviços e incremento de ações intersetoriais para desenvolvimento de processos educativos e de co-responsabilização social.

### **3.1.1 Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (MIF)**

O estudo da mortalidade das mulheres em idade fértil, considerada no Brasil mulheres com idade entre 10 a 49 anos, tem importância pela busca das mortes localizadas no ciclo gravídico puerperal e suas causas. No município de Vitória os óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) ocuparam 9,44% do total dos óbitos femininos no ano de 2016. Os óbitos de MIF juntamente com os óbitos maternos devem ser investigados, obrigatoriamente, com base na Portaria GM/MS nº 1119/2008. A investigação está sob a responsabilidade do Comitê de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materna e Infantil de Vitória (COPEMI) que ao identificar suas causas recomenda, imediatamente, ações de intervenção nas situações problema.

No Brasil, os óbitos de mulheres em idade fértil no período de 2010 a 2015 ocorreram principalmente por neoplasias, causas externas e doenças do aparelho circulatório. As causas externas contribuíram no impacto da mortalidade de mulheres desde a adolescência até os 49 anos, já as neoplasias e as doenças cardiovasculares apareceram com maior frequência após os 30 anos de idade.

No mesmo período em Vitória, os dados do Ministério da Saúde revelaram em primeiro lugar como causa dos óbitos de MIF as neoplasias junto com as causas externas em valores muito próximos, seguidas pelas doenças cardiovasculares. As causas externas de óbito ocorreram em grande número em toda faixa etária, dos 10 aos 49 anos. O coeficiente de mortalidade de mulheres em idade fértil tem permanecido em torno de 69 a 78 óbitos/100.000 MIF, em 2016 o resultado obtido foi 74,04 óbitos/100.000 MIF.

As regiões de Maruípe, Forte São João e São Pedro tem apresentado as maiores ocorrências no total de mortes de MIF nos últimos 5 anos e existe diferença marcante entre as causas dos óbitos e os ciclos de vida das mulheres. As mortes de adolescentes ocorrem principalmente por causas externas (agressões) e de não adolescentes (20 – 49 anos) por cânceres (mama, útero, cólon e reto, e sistema nervoso central), por causas externas (agressões, acidentes de transporte e lesões autoprovocadas), e por doenças do aparelho cardiovascular (doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e doença hipertensiva), em ordem decrescente de magnitude.

A mortalidade de mulheres deve ser estudada sob vários aspectos caracterizando as etapas da vida de maior vulnerabilidade. Ao serem analisadas por ciclos de vida, as causas refletem as condições de assistência à mulher e as características da estrutura social (família e comunidade) onde residem e os graus de vulnerabilidade diferenciados. Essas mortes são consideradas uma condição evitável em 92% dos casos, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2007).

### **3.1.2 Mortalidade Materna**

O óbito materno é definido como: “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez” (OMS, 1997). Quando as mulheres são acometidas por doenças obstétricas ou por complicações de doenças pré-existentes durante a gestação, o pré-natal deverá ser mais cuidadoso por se tratar de uma gravidez de alto risco.

O óbito materno, grave problema de saúde pública, é considerado uma violação aos direitos humanos, quando decorrentes das iniquidades sociais. A evitabilidade do óbito está diretamente associada a uma assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade (ÁFIO ACE, 2014). Em Vitória, o padrão observado de óbitos por causas obstétricas diretas se modificou, passando a predominar as causas obstétricas indiretas a partir do ano de 2013. Foram

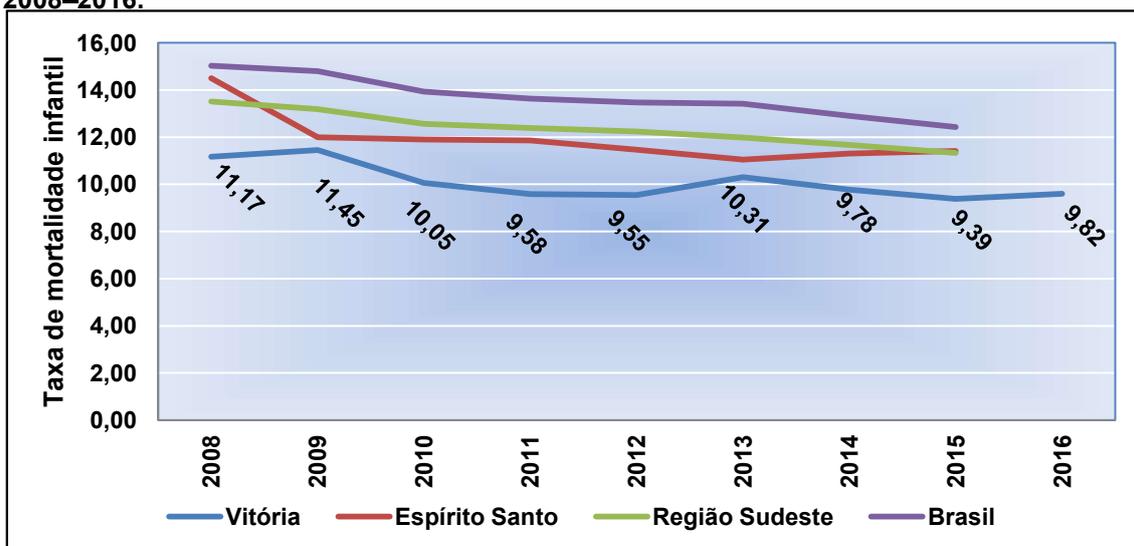
responsáveis pelas mortes obstétricas indiretas, principalmente, os problemas do aparelho circulatório, cuja assistência à saúde da mulher e o acompanhamento do pré-natal e do puerpério são fundamentais para evitá-las. Ocorreu 1 óbito materno por ano em 2015 e 2016 por causa obstétrica indireta.

### **3.1.3 Mortalidade Infantil**

A taxa de mortalidade Infantil estima o risco de uma criança morrer antes de completar o primeiro ano de vida, reflete o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população, sendo sensível às condições de vida e de saúde e influenciado pelo desenvolvimento socioeconômico. É definido pelo número de mortes em menores de um ano para cada mil nascimentos vivos (NV). Possui dois principais componentes: a mortalidade neonatal (0 - 27 dias) que pode ainda ser decomposta em neonatal precoce (0 - 6 dias) e neonatal tardia (7- 27 dias), e a pós-neonatal (28 a 364 dias), que representam fases de diferentes riscos de morte numa criança.

O município de Vitória tem a menor taxa de mortalidade Infantil em comparação com o Brasil, Região Sudeste e o estado do Espírito Santo. No ano de 2016, a taxa de mortalidade infantil foi de 9,82 /1.000 NV, com predomínio do componente neonatal (5,70/1.000NV) sobre o pós – neonatal (4,11/1.000 NV) (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Taxas de Mortalidade Infantil, Brasil, Região Sudeste, Espírito Santo, Vitória, 2008–2016.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC / MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM - 2008 a 2015 DATASUS, SINASC e SIM municipal 2016 (dados de 31/03/2017).

A maior proporção dos óbitos de menores de um ano, em Vitória, no ano de 2016 ocorreu por afecções perinatais (65,12%), seguida pelas anomalias congênitas (20,93%), e pelas causas externas de mortalidade (4,65%). Padrão esse, mantido nos últimos anos. O maior quantitativo dessas mortes aconteceu no período neonatal, principalmente nas primeiras 24 horas de vida. As causas principais dos óbitos infantis foram devido a afecções perinatais, dentre elas teve-se: prematuridade, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), alterações placentárias, asfixia, rotura precoce de membranas, incompetência istmo cervical, e as doenças infecciosas como a sífilis congênita e a listeriose. Em relação às mortes devidas às anomalias congênitas, essas apresentaram relação principalmente com anomalias do aparelho cardiovascular, malformações múltiplas, síndromes de Dandy- Walker e de Edwards. Quanto às causas externas foram observados registros de asfixia por sufocação acidental no leito e por aspiração de conteúdo gástrico, e atropelamento.

As causas de mortes após 28 dias de vida (pós–neonatal) foram principalmente por pneumonia, gastroenterite, impetigo, sífilis congênita e estafilococcia, causas consideradas evitáveis quando é garantido às crianças o acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno.

Entende-se que a manutenção da mortalidade infantil com taxas reduzidas em Vitória merece o olhar atento para as causas básicas dessas mortes, principalmente as evitáveis, nos diferentes contextos das regiões de saúde do município, e a adoção de medidas integradas de intervenção.

Para contribuir na redução da mortalidade infantil e das hospitalizações consideradas sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos, o município adotou estratégias de acompanhamento e de apoio ao início da vida da criança, tais como: visita domiciliar para monitoramento do recém-nascido e dos menores de cinco anos em alta hospitalar; cumprimento das metas estabelecidas para a cobertura vacinal; cuidado oportuno e efetivo da população infantil, segundo as ações integrantes do Protocolo de Triagem Neonatal e Protocolo de Saúde da Criança e políticas e programas municipais que contribuem para a garantia de direitos de crianças como: Programa Municipal de Fórmulas Especiais na Primeira Infância (PROMAFE), Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno (PROCIAM), Atendimento de estimulação precoce ao desenvolvimento infantil para Bebês de Risco (Programa Vitória da Vida) e bebês com Microcefalia e/ou Síndrome Congênita, além de outras atividades como a Semana do Bebê.

### **3.2 Perfil de Morbidade e Adoecimento**

Atualmente, estudos interdisciplinares têm demonstrado que a experiência da enfermidade é um fenômeno complexo, conjugando fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais, que muitas vezes são estudados como perfis de risco e necessariamente não trazem o entendimento do adoecer para os sujeitos. Entretanto, o conhecimento da morbidade dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, e o perfil de adoecimento de determinada população são parâmetros básicos para o estabelecimento das necessidades de saúde e elaboração de medidas de prevenção de doenças e agravos, assim como de promoção e recuperação da saúde.

Nesse universo, as taxas e causas de hospitalização são importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida e da resolubilidade ambulatorial (CAETANO, 2002). Dentre esses indicadores, as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) são de fundamental relevância para avaliar o acesso, a qualidade e efetividade dos serviços prestados na atenção primária, segundo estudos internacionais e nacionais. Assim, a efetivação da atenção primária diminuiria o risco das internações hospitalares, atuando na prevenção de doenças e agravos, no diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, no controle e acompanhamento de patologias crônicas.

Com a finalidade de subsidiar avaliações, estudos e trabalhos de pesquisa relacionados com comportamento desses eventos nas diferentes localidades do país, o Ministério da Saúde coordenou a elaboração de uma “Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no âmbito do Sistema Único de Saúde”, instituída por meio da Portaria Ministerial MS/SAS nº 221, em 17 de abril de 2008, categorizadas por grupo de doenças (Anexo 1).

O Diagnóstico de Saúde do Município de Vitória (SEMUS/CIS, 2017) constatou para a população geral de residentes de Vitória, que as 11.636 internações hospitalares por CSAP corresponderam a cerca de 16,50% do total geral das internações ocorridas no SUS em todo o período de 2010 a 2016, excetuando as internações provenientes da gravidez, do parto e puerpério. No referido período, evidenciou-se como principais problemas relacionados a essas internações: pneumonias bacterianas (20,80%), infecções do trato urinário (11,95%), doenças cerebrovasculares (10,34%), insuficiência cardíaca (7,45%), infecções da pele tecido celular subcutâneo (7,15%), asma (7,12%), gastroenterites infecciosas e complicações (5,56%), outras doenças pulmonares (5,40%), epilepsias (4,60%), angina (4,10%) e diabetes *mellitus* (3,50%).

Considerando-se as faixas etárias dos residentes de Vitória no período de 2010 a 2016, pôde-se perceber que as que mais sofreram hospitalizações no SUS nos anos foram: crianças menores de cinco (5) anos (10.170

internações SUS, sendo 3.893 por CSAP (38,28%)); indivíduos acima de sessenta anos ou mais (17.513 internações SUS, sendo 2.922 por CSAP (16,68%)); indivíduos entre 50 e 59 anos (10.704 internações SUS, sendo 1.200 por CSAP (11,21%)).

Quanto às causas de internações por CSAP nas faixas etárias elencadas, verificou-se a predominância das:

- pneumonias bacterianas nas faixas etárias menores de cinco anos - 39,51%;
- asma na faixa etária de 5 a 9 anos – 26,78%;
- infecção do rim e trato urinário nas faixas etárias de 10 a 19 anos (24,65%), 20 a 29 anos (26,55%) e de 30 a 39 anos (18,97%);
- doenças cerebrovasculares a partir dos 40 anos e mais: 15,66% de 40 a 49 anos, 21,33% de 50 a 59 anos, e 24,91% na faixa etária de 60 anos e mais.

A partir dos 50 anos houve destaque também, para a insuficiência cardíaca e a angina como causas de internações por condições sensíveis à atenção primária mais prevalentes; na faixa etária de 60 anos e mais as pneumonias bacterianas apresentaram-se em quarto lugar.

Ao se fazer o recorte das internações por condições sensíveis à atenção primária para a população menores de cinco anos (5) de idade, no mesmo período (2010 a 2016), ocorreram 3.893 hospitalizações na totalidade. Além das pneumonias bacterianas (39,51%), apareceram como principais causas relacionadas a essas internações: asma (14,54%), outras doenças pulmonares (11,23%), gastroenterites infecciosas e complicações (10,66%), infecções do trato urinário (6,68%), infecções da pele e tecido celular subcutâneo (6,42%), doenças relacionadas ao pré - natal e parto (5,42%), e epilepsias (1,57%), perfazendo 3.738 internações e o percentual de 96,03%, cujas doenças são passíveis de prevenção, diagnóstico, tratamento, e controle por ações educativas e de assistência nas unidades básicas de saúde.

Nos três últimos anos, de 2014 a 2016, cerca de 46% a 50% do total de internações de crianças menores de cinco no município foram por condições sensíveis à atenção primária. As pneumonias bacterianas permaneceram como principal condição de alerta quanto à necessidade de controle pela atenção

básica, seguidas pelos grupos das infecções de pele e tecido subcutâneo e das doenças relacionadas ao pré-natal e parto, que passaram a apresentar um aumento nas taxas de hospitalização a partir dos anos de 2011 e 2013, respectivamente. Vale ressaltar que dentro desse último grupo de internações encontra-se a sífilis congênita. Na sequência, sinalizaram para o devido cuidado dos serviços de saúde quanto à necessidade de redução nas internações, outras doenças pulmonares, asma e infecções do trato urinário.

No período 2010 a 2016, considerando-se as Regiões de Saúde do município, as maiores taxas específicas de internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) em menores de cinco anos por mil habitantes foram observadas em São Pedro, Maruípe e Santo Antônio em relação às demais regiões, com a ocorrência de taxas superiores a vinte (20) internações por CSAP, por mil crianças menores de cinco anos.

Somando-se ao conhecimento das internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP), o levantamento do ano de 2016 das causas mais registradas nos atendimentos médicos realizados nas Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões de saúde do município do Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE), evidenciou a prevalência de: hipertensão essencial (primária) e diabetes *mellitus* não-insulino dependente, seguidas dos diagnósticos de nasofaringite aguda, caracterizada pelo resfriado comum. Esse quadro nosológico impõe a necessidade do modelo das redes de atenção à saúde mais adequado ao manejo das doenças crônicas. Nessa organização, há necessidade de oferta da atenção programada e não programada, individual e em grupo e uma ação integrada com os especialistas que darão suporte às ações da Atenção Primária em Saúde.

O município ainda convive com as doenças chamadas negligenciadas (tuberculose, hanseníase, tracoma, entre outras) e as doenças da modernidade (Doenças Crônicas Não Transmissíveis), visto o aumento da obesidade na população feminina, segundo dados do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) que em 2015 acometia 11% das mulheres e em 2016 passou para 17%, isto associado a diversos fatores de risco e de co-morbidades que necessitam de redobrada

atenção no desencadeamento de ações de vigilância e da atenção primária voltadas à prevenção.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) interferem na qualidade de vida de milhões de pessoas, sobretudo as de baixa renda, as quais estão mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso aos serviços de saúde. Os principais fatores de risco para as DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, elevada prevalência de hipertensão arterial e colesterol alto. Atualmente, no país há uma tendência de aumento da prevalência de diabetes, hipertensão e excesso de peso.

Nesse contexto, o monitoramento dos indicadores do Inquérito Telefônico - VIGITEL relacionados aos fatores de risco modificáveis (hábitos e estilo de vida) avaliados em Vitória destacou que:

- a frequência dos adultos que declararam ter o hábito de fumar reduziu ao longo dos anos 2009 a 2016 e manteve-se abaixo de 10% (7,8% - VIGITEL, 2016) desde 2012, atingindo a meta nacional desde 2015 (7,9%);
- o consumo abusivo de álcool na população geral em 2016 foi relatado por 22,0% dos entrevistados, apresentando oscilações entre 22,1% (2009 - maior percentual) e 17% (2014 - menor percentual);
- o consumo de refrigerantes (5 ou mais dias por semana) sofreu uma considerável redução no período selecionado, considerando-se a linha de base 2010 de 21,1% para 10,8%;
- o consumo de frutas e hortaliças conforme recomendado (5 ou + porções de consumo diário de frutas e hortaliças) melhorou nos anos, considerando-se a linha de base 2010, aumentou de 20,8% para 29,0% em 2016;
- o consumo excessivo de gorduras saturadas (carne) diminuiu de 2010 (34%) a 2015 (26,6%), tendo uma elevação em 2016 (31,2%);
- a prática de atividade física suficiente no tempo livre (lazer) tem aumentado no período elencado, considerando-se a linha de base 2010 - 33,2% e VIGITEL, 2015 - 46,2% e 2016 – 45,10%.

Contudo, mesmo com alguns resultados melhorados para população de Vitória no inquérito VIGITEL 2016, fatores de risco, tais como o sedentarismo (12,3%), consumo de alimentos com elevado teor de gorduras (carne) (31,2%) e consumo regular de refrigerantes (10,8%), contribuem para o aumento da prevalência do excesso de peso e obesidade, que atingem 49,7% e 15,2%, respectivamente, da população adulta da capital, tornando-se ambiciosa a meta de deter o crescimento da obesidade em adultos e reduzir sua prevalência em crianças e adolescentes. Em relação a esse fator de risco, deve-se ressaltar que Vitória possui um dos menores percentuais no país de obesidade para o sexo masculino (12,6%), embora tenha ocorrido um aumento para o sexo feminino.

Ainda de acordo com o inquérito VIGITEL (2016), houve incremento de 14,2% no número de pessoas diagnosticadas com hipertensão nas cidades pesquisadas; a prevalência de diagnóstico médico passou de 22,5% (2006) para 25,7% (2016). A frequência foi maior entre as mulheres (27,5%) do que nos homens (23,6%). Além disso, o indicador aumenta com a idade, com maior proporção entre as pessoas de menor escolaridade. Em Vitória, o quadro foi similar, em 2016 teve-se o resultado de 25,9%, aumentando com a idade; a proporção obtida em mulheres (26,7%) foi maior do que em homens (24,9%). Quanto à prevalência do diagnóstico médico prévio de diabetes nas cidades pesquisadas foi crescente, passou de 5,5% (2006) para 8,9% (2016), aumentou 61,8% o número de pessoas diagnosticadas; dos 8,9% indivíduos que referiram possuir a doença, a frequência foi menor nos homens (7,8%) e maior nas mulheres (9,9%). Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais frequente com o avanço da idade, acentuando-se a partir dos 45 anos, e mais de um quinto dos indivíduos com 65 anos ou mais relataram diagnóstico confirmado. Além disso, a frequência é quase três vezes maior entre as pessoas com menor escolaridade. Em Vitória, os resultados apurados para o diagnóstico prévio de diabetes em 2016 sofreu uma significativa elevação, de 6,6% (2015) para 9,7% (2016), sendo menor no sexo masculino (8,4%) do que nas mulheres (10,7%).

Em relação à prevenção do câncer e detecção precoce da neoplasia de mama e de colo de útero, os dados do inquérito VIGITEL para Vitória demonstraram o aumento de cobertura em exames de mamografia (realização de mamografia nos últimos dois anos), ampliado de 80,9% (2009) para 90,71% (2016). Destaca-se que Vitória na amostragem de 2015 e 2016 alcançou a maior frequência, ficando em primeiro lugar entre as vinte e sete cidades objeto da pesquisa. Em relação aos exames de Papanicolau, houve ampliação da cobertura de 83,3% para 88,0% no período, obtendo-se para esse exame o quinto lugar em 2016 e o quarto lugar em 2015 em frequência nas cidades pesquisadas. O município planejou aumentar o rastreamento do câncer de mama em 5% e do colo do útero em 8,5% da população alvo no próximo quadriênio.

Outro mecanismo adotado pelo governo federal para monitoramento das DCNT's foi a implantação do Sistema Nacional de Monitoramento da Saúde do Escolar, em resposta ao Decreto Federal nº. 6286, de 05 de dezembro de 2007, o qual instituiu o Programa Saúde na Escola – PSE, com objetivo de integrar as redes de Educação Básica e a rede de Atenção Básica à Saúde nos territórios de responsabilidade das equipes de Saúde da Família. Nesse contexto realiza-se, tri-anualmente, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE desde 2009, como um dos instrumentos para subsidiar com informações os gestores e, assim, dar sustentabilidade ao sistema para vigilância à saúde dos escolares. Em Vitória, a última pesquisa em 2015 abrangeu um universo de 4.109 escolares. A PeNSE 2015 apurou que o percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que costumam ficar sentados, assistindo televisão, jogando videogame, conversando com amigos ou fazendo atividades sentados, semanalmente por mais de três horas, correspondeu a 62% no município de Vitória. Com relação ao tempo de atividade física acumulada nos sete dias anteriores à pesquisa, 2,6% se declararam inativos, enquanto que 40% referiram ter feito 300 minutos ou mais de atividade física no período.

Considerando os objetivos da PeNSE e visando maior qualidade de vida frente às DCNT's, os comportamentos adquiridos na infância e na adolescência, cujas transformações biológicas, cognitivas, emocionais e

sociais são profundas, tendem a se perpetuar na vida adulta. Por isso, é de grande importância orientar e incentivar esses jovens a adquirir uma alimentação saudável associada com atividade física e evitar hábitos nocivos como fumo e álcool.

Diante dos dados e informações demonstradas, com o conhecimento das situações inerentes aos fatores de risco, que acarretam o aumento da probabilidade do indivíduo em desenvolver as DCNT's (tabagismo, obesidade, uso abusivo do álcool, dislipidemias, inatividade física e ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras), somando-se aos fatos dos dados populacionais do município apontarem índices de envelhecimento crescentes culminando com 62,53% de idosos para cada grupo de 100 jovens com idade  $\leq$  a 15 anos; da expectativa de vida ser em torno de 76,28 anos; da maior concentração de idosos no município estar entre 60 a 69 anos; do crescimento da prevalência da hipertensão e diabetes em Vitória, do câncer de mama ser a primeira causa de óbito no município entre as neoplasias malignas que acometem o sexo feminino, conclui-se que as medidas de promoção, prevenção, tratamento, controle e recuperação da saúde necessitam ser executadas o mais precoce possível. Cabe ressaltar que para minorar, principalmente, os fatores de risco citados há necessidade em se adotar ações e políticas adicionais e oportunas na Atenção Básica em Saúde para atender as condições crônicas dos indivíduos afetados por DCNT, bem como reduzir a mortalidade prematura por essas morbidades.

Em Vitória, o Plano de Enfrentamento das DCNT' s do Município, de Vitória, em constante revisão, possui perspectiva de efetiva operacionalização nos próximos anos de gestão, em consonância com Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS).

A dinâmica do perfil epidemiológico, as características da sociedade contemporânea e o avanço do conhecimento científico têm exigido estratégias capazes de atender aos desafios na saúde que vem sendo colocados, em se tratando dessas doenças. Os maiores desafios são a reemergência de algumas doenças e o surgimento de novas doenças. Além disso, as doenças negligenciadas, principalmente, em locais onde as condições sanitárias são

mais precárias continuam com incidências elevadas e cada vez mais o setor saúde por si só se torna inoperante no controle das doenças relacionadas à pobreza.

Diante disso a organização do processo de trabalho da vigilância epidemiológica para o enfrentamento dessas situações não deixa de ser também um grande desafio. A estrutura da vigilância epidemiológica vem se fortalecendo pelo desempenho das suas áreas técnicas mantendo um conhecimento atualizado da situação epidemiológica das doenças e dos fatores que as condicionam, por meio de instrumentos como os boletins epidemiológicos e informes técnicos. As doenças transmissíveis, consideradas de notificação compulsória, estão registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e todos os casos suspeitos são notificados e investigados.

Para a construção de um trabalho produtivo, a integração das ações, a Secretaria de Saúde de Vitória incorporou as ações do CIEVS (Centro de Informações Estratégias e Respostas em Vigilância em Saúde) /Vitória desde 2011, garantindo interfaces com a vigilância epidemiológica e também com as outras vigilâncias. O CIEVS, portanto, fornece uma resposta coordenada mais rápida aos agravos em saúde articulada com os eventos em saúde coletiva, fortalecendo a assistência e integralizando a atenção à saúde.

O avanço da descentralização das notificações de interesse epidemiológico para a rede municipal de saúde teve como condição “sine qua non” a sua informatização pelo Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE). A informação online (atualizada) propicia que as ações de controle sejam realizadas em tempo hábil, de forma oportuna, subsidiando a tomada de decisão. Além disso, o estreitamento das relações com os núcleos de vigilância epidemiológica e CCIH da rede hospitalar pública e privada, tem favorecido a efetiva análise das informações de importância epidemiológica, contribuindo para a definição de diretrizes e ações referentes aos problemas de saúde pública do município. Destaca-se que para o controle das doenças

transmissíveis, a interlocução com todas as instituições de saúde (unidades básicas de saúde, pronto-atendimentos, hospitais, instituições de ensino, entre outros) e áreas afins faz-se necessária para efetivar a intersetorialidade, na definição das políticas públicas, que lhe é inerente.

As doenças transmissíveis relacionadas às arboviroses tem sido um grande desafio para controlar nas últimas décadas, principalmente, nos últimos três anos com a chegada do vírus da Zika e da Chikungunya com circulação concomitante de Dengue, no município de Vitória. No triênio 2015-2017 foram notificados 10.187 casos de dengue, 1.964 casos de Zika, 455 de Chikungunya. Apesar de não ter tido epidemia de Dengue, a transmissão vertical da Zika e a cronicidade da Chikungunya (incapacidade física) provocou a organização da rede de assistência à criança com microcefalia, a reorganização do atendimento especializado e necessidade de medicamentos específicos. Ressalta-se que ocorreram três (3) óbitos por arboviroses e seis (6) casos de bebês com microcefalia por Zika no município.

Ainda sobre as arboviroses, a epidemia de febre amarela no estado a partir de janeiro de 2017 impactou na ampla organização da vacinação contra a doença em todo o município com cerca de 330 mil pessoas vacinadas (99% da população elegível a ser vacinada), destacando-se o início do agendamento online para a vacinação de febre amarela em todas as salas de vacinação da rede municipal de saúde. Isso foi um dos pontos fortes para alcance da cobertura vacinal em tempo rápido, facilitando o acesso de forma organizada, sem enfrentamento de filas e com horário programado. Outras atividades importantes que foram realizadas pela Vigilância em Saúde Ambiental foi o monitoramento de primatas não humanos (macacos) mortos, suspeitos de febre amarela e a realização de bloqueios para controle do *Aedes aegypti*, em 100% dos casos humanos notificados. Essas ações contiveram a transmissão da doença na área urbana.

Ainda no grupo das imunopreveníveis, vale destacar que, apesar da varicela e da caxumba não estarem na lista nacional de doenças de notificação compulsória são enfermidades com repercussão clínica importante e os surtos demandam ações de bloqueio. Frente a isso, a vigilância epidemiológica de

Vitória instituiu a ficha de notificação para essas doenças no Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar, que sinalizou o aumento acentuado do número de surtos, principalmente, de caxumba desde 2016 na faixa etária de 14 a 19 anos, possibilitando intervenções em tempo oportuno, evitando maior proliferação da doença.

A vigilância sentinela é uma estratégia adotada para monitorar indicadores epidemiológicos, em unidades de saúde e prontos atendimentos. Quanto a Influenza, destaca-se que o município de Vitória foi um dos primeiros do Brasil a sediar uma unidade sentinela, com o objetivo de orientar a produção da vacina e monitorar o comportamento do vírus. Atualmente, o pronto-atendimento da Praia do Suá e a unidade de terapia intensiva do hospital Unimed são as Unidades Sentinela que mantêm as amostras de coletas dentro do preconizado pelo MS (acima de 80%), com indicadores alcançados acima de 95%. Vale ressaltar que nos anos de 2016 e 2017, a cobertura da vacinação contra a Influenza alcançou a meta acima de 90%, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunização.

As doenças negligenciadas relacionadas à pobreza ainda possuem indicadores que requerem atenção, pois as situações de vulnerabilidades sociais criam condições que favorecem a disseminação de doenças transmissíveis e impedem que as pessoas afetadas obtenham acesso adequado à prevenção e à assistência. O município de Vitória fez adesão a Campanha Nacional de hanseníase, tracoma e verminoses, desde 2014 objetivando a captação precoce das doenças e a redução da incidência dos casos. Com isso, uma média de 25 mil estudantes de 5 a 14 anos do ensino público participam das ações educativas e de prevenção e tratamento anualmente, contribuindo para o fortalecimento da atenção à saúde e melhoria do acesso, no intuito de reduzir as discrepâncias entre as diversidades.

A Organização Mundial da Saúde definiu como meta para a hanseníase manter a ocorrência da doença em menos de um caso por dez mil, na Assembleia Mundial de Saúde em 1991, vigente até os dias atuais. Em Vitória, a taxa de prevalência em 2008 foi de 2,39 casos/10.000 habitantes, diminuindo

em 2015 para 0,84 casos/10.000 hab., representando uma diminuição de 64,8%.

A redução significativa da taxa de prevalência da hanseníase no Município no período de 2008 a 2015 representa importante avanço no controle da doença, de acordo com a meta estipulada de OMS menos de um dígito, contudo em 2016 a taxa obtida foi de 1,0/10.000 habitantes. O Município de Vitória tem apresentado no período de 2010 a 2016 taxas de cura acima do parâmetro nacional de 90%. Em 2010 a taxa de cura estava em 95,5% e em 2016 passou para 100%, o que significa uma melhora importante na qualidade do atendimento dos serviços de saúde em relação à pessoa acometida pela hanseníase. Entretanto, faz-se necessária a contínua sensibilização das unidades básicas de saúde na busca de casos novos e execução de exames dos contatos intradomiciliares, garantindo a qualidade da assistência e evitando incapacidades aos portadores da doença.

Quanto à tuberculose, no município de Vitória a taxa de incidência da tuberculose em 2001 foi de 58,8/100.000 habitantes para 39,90/100.000 hab. em 2015, representando uma redução de 32,14%. Em 2016 a taxa continuou a diminuir, alcançando 33,37/100.000 habitantes. Dessa forma, observou-se significativa redução da taxa de incidência, representando um avanço importante no controle da doença. Contudo, as taxas alcançadas em 2015 e 2016 ainda estão distantes da meta preconizada pelo Plano Global para o Combate à Tuberculose 2011-2015 (OMS) de 25,9/100.000 hab. até 2015 e a da Estratégia Global para o Fim da Tuberculose de menos de 10 casos/100.000 habitantes em 2035, cujo objetivo primordial é o fim da epidemia global da doença. A taxa de cura da tuberculose em Vitória atingiu a meta de 85%, preconizada pelo Ministério da Saúde, nos anos de 2011 a 2013, mantendo-se próximo ao padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2016 (84,31%). Nos anos de 2014 e 2015 o resultado de não alcance do indicador sofreu interferência dos casos ocorridos por abandono do tratamento.

Assim, permanece o desafio de efetivar a descentralização das ações do programa de controle da tuberculose para os territórios de saúde, ou seja, ações de busca de sintomáticos respiratórios, diagnóstico precoce e tratamento

diretamente observado (TDO) e acompanhamento dos pacientes e seus contatos pelas equipes locais de saúde. Para vencer esse desafio, a vigilância epidemiológica e a assistência em saúde, desde 2015 vem realizando oficinas nos territórios de sensibilização para o problema, e os resultados foram positivos numa análise qualitativa. Em 2017, o município recebeu visita do Ministério da Saúde (MS) para implantação do protocolo de vigilância do óbito com menção de tuberculose e para a implantação da vigilância da tuberculose latente, ambos como projetos pilotos do MS. Essas são importantes estratégias no desenvolvimento do Plano Nacional para o Fim da Tuberculose no Brasil como problema de saúde pública lançado em 2017.

Evidencia-se a necessidade da continuidade dos investimentos e esforços para o enfrentamento dessas doenças, levando em consideração seu padrão de distribuição espacial, a sobreposição geográfica entre diferentes morbidades e com características socioeconômicas precárias, assim como outras políticas públicas que abordem os determinantes sociais da saúde.

Dentre as infecções sexualmente transmissíveis, ocorreu um aumento das notificações de casos de sífilis adquirida no Brasil, nos últimos anos, com predomínio no sexo masculino. Vitória, desde 2013, também vem apresentando um aumento expressivo na taxa de incidência da doença nos adultos, de 156,77 casos /100.000 hab. (2014) e 178,99 /100.000 hab.(2015) para 220,55/100.000 hab.(2016), com predomínio de aproximadamente uma mulher a cada 1,8 homens. Na sífilis adquirida, o tratamento fácil e de baixo custo, a reduzida sintomatologia e o desconhecimento da população de jovens e adultos quanto às complicações da doença no organismo ao longo do tempo, exercem influência sobre o descaso quanto à sua prevenção, e o aumento do número de casos na população.

Quanto à sífilis em gestante, o Brasil é um dos países com alta incidência de casos, sendo de alta prioridade sua redução, e a eliminação da sífilis congênita. Em Vitória, no período de 2010 a 2016 foi observado um aumento no número de notificações de sífilis em gestantes, com aumento da taxa de incidência, de 6,99 casos/mil nascidos vivos em 2010 para 41,42 casos de sífilis em gestante/ 1.000 nascidos vivos (n.v.) em 2016.

No Brasil, no ano de 2015 foi apurada uma taxa de incidência da sífilis congênita no valor de 6,5 casos por mil nascidos vivos. Vitória, também apresentou elevação dessa taxa no período de 2010 a 2016, passando de 4,15 casos de sífilis congênita/1.000 n. v. para 14,65 casos/1.000 nascidos vivos.

A ocorrência da sífilis congênita evidencia falhas nos serviços de atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da gestante e parceiro(s) são medidas simples e bastante eficazes na prevenção da doença. O município empreendeu vários esforços para reduzir o número de casos, contudo desafios como: a rotatividade de parceiros sexuais; pessoas em situação de risco; dificuldades na adesão ao tratamento preconizado devem ser vencidas e a alta rotatividade dos profissionais médicos, precisa ser superada. (Relatório de Gestão Vitória/ES 2016).

A SEMUS tem se empenhado nas ações de prevenção e tratamento da sífilis, adotando as seguintes ações: implementação de um plano municipal de enfrentamento à sífilis; instituição do comitê de transmissão vertical de sífilis; monitoramento dos casos de gestantes e crianças expostas à doença; discussão permanente dos casos notificados e interface com outras instituições de saúde; educação permanente e continuada no manejo da sífilis para os profissionais de nível superior; disponibilização de teste rápido nos estabelecimentos de saúde e VDRL pelo laboratório municipal, com liberação rápida dos resultados; manutenção do abastecimento contínuo da medicação preconizada, mesmo quando em falta a nível nacional; tratamento do parceiro independentemente do território de seu domicílio, inclusive no sistema prisional; incremento na dispensação de preservativos femininos e masculinos e execução de ações educativas (Relatório de Gestão Vitória/ES 2016).

Quanto às hepatites, estas assumem importância na Saúde Pública, devido à grande quantidade de pessoas infectadas e suas complicações. Tem distribuição universal e apresentam variações em sua magnitude, em cada local, de acordo com o agente etiológico envolvido. A prevalência da hepatite A é alta em locais onde as condições sanitárias e socioeconômicas são precárias, e de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) milhões de

peças no mundo são portadoras da infecção pelos vírus B e C das hepatites virais.

Em Vitória, foram notificados poucos casos de hepatite A no período de 2010 a 2016, com exceção do ano de 2013, no qual ocorreu um surto da doença relacionado com questões ambientais e de educação em saúde, envolvendo crianças na Região de São Pedro.

No período de 2010 a 2016, a taxa de detecção da Hepatite B no município de Vitória mostrou variações entre 34,52 (2012) a 13,92 casos/100.000 habitantes (2014), permanecendo na maior parte do período em torno de 20 casos/100.000 habitantes. Nesse mesmo período ocorreu elevação da taxa de detecção da Hepatite C no município, de 9,76 casos/100.000 habitantes em 2010, para 13,91 em 2016.

Atuando na prevenção, o programa municipal de imunização disponibiliza para os munícipes as vacinas contra a hepatite A e a hepatite B, com coberturas adequadas dentro dos parâmetros preconizados pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Contudo, a subnotificação das hepatites e o atendimento assistencial das hepatites requerem especial atenção do sistema de saúde municipal.

Quanto a AIDS, de acordo com a Organização Mundial de Saúde as metas globais para o controle dos casos até 2020 são: 90% de diagnóstico do HIV efetuado entre os infectados, 90% das pessoas com tratamento instituído (antirretrovirais) e 90% de carga viral HIV indetectável, o que reduziria a curva de incidência da AIDS. Ocorreu uma mudança na orientação ministerial, em dezembro de 2014, para o tratamento precoce dos casos de infecção pelo HIV, não se aguardando o aparecimento da imunodeficiência clínica ou laboratorial, com objetivo de reduzir a transmissão da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, que antes ficavam mais vulneráveis ao adoecimento e morte. Com isso, houve um incremento nas notificações e dados da vigilância epidemiológica.

No Brasil, de 2007 até junho de 2016, foram notificados no SINAN 136.945 casos de infecção pelo HIV, sendo 71.396 (52,1%) na Região Sudeste. Em 2015 a razão de sexos (M/F) para a doença estava em 2,4. A maioria dos casos de infecção pelo HIV nesse período encontrava-se nas faixas de 20 a 34 anos (52,3% dos casos). Dentre os casos registrados no SINAN, quesito raça/cor da pele autodeclarada, no período de 2007 a 2015, 44,0% eram entre brancos e 54,8% em pretos e pardos. No sexo masculino, 46,1% eram entre brancos e 52,8% em pretos e pardos; entre as mulheres, 39,2% dos casos eram entre brancas e 59,6% em pretas e pardas.

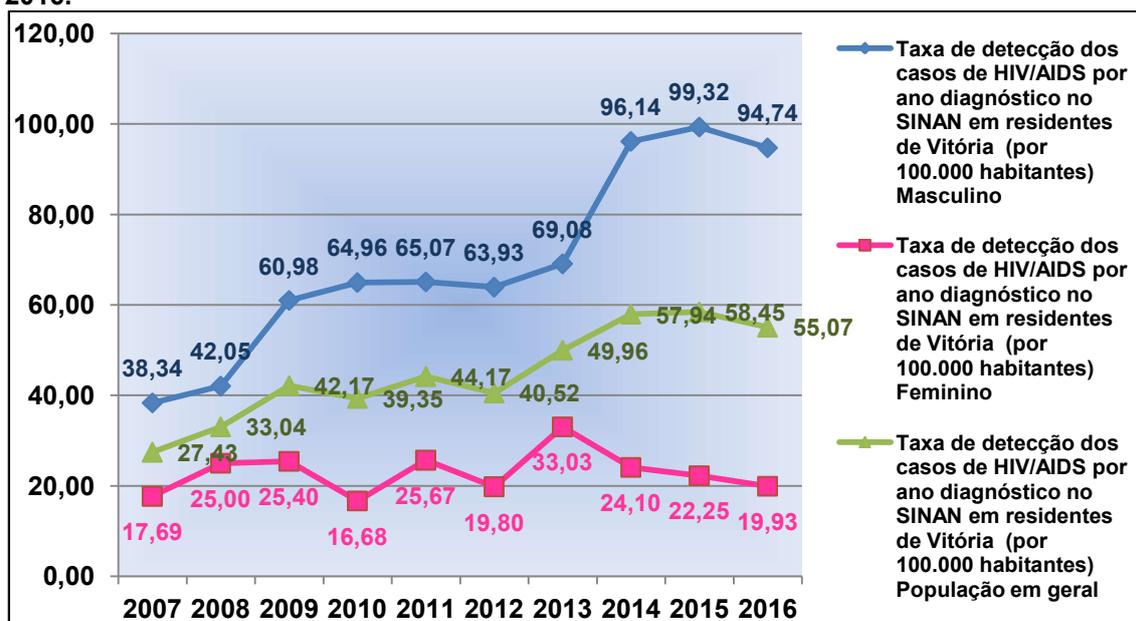
No município, a análise dos registros de casos de HIV/AIDS entre 2007 a 2016, no SINAN/base municipal, por ano de diagnóstico revelou 1.522 casos de residentes, 73,06% em homens e 26,94% em mulheres. A razão de sexo (M/F) do total de casos desde 1987 (início da epidemia) a 2016 ficou em torno de 2,6, mas se observou um aumento considerável dos casos nos homens a partir de 2014, atingindo uma razão de sexo para a doença de 4,21 casos M/F no SINAN, em 2016 (dados preliminares).

Com relação à faixa etária, houve concentração de casos no sexo masculino entre 20 - 49 anos (83,36%), sobressaindo os adultos jovens de 20 - 29 anos (32,28%). Quanto à categoria de exposição, as principais vias de transmissão no sexo masculino foram: homossexual (37,32%), heterossexual (30,04%) e bissexual (12,14%). Em relação ao sexo feminino, 75,85% dos casos ocorreram na faixa etária de 20 - 49 anos, concentrando-se entre 30 - 39 anos, sendo a principal categoria de exposição, a heterossexual (80,98%). Não houve determinação da categoria de exposição em 13,17% dos casos de HIV/AIDS no sexo feminino. Com relação à raça/cor, os pardos concentraram a maioria dos casos (40,28%), seguida de brancos (30,42%) e pretos (11,70%) nesse período.

Foram também notificados dois casos de transmissão perinatal, um em 2015 e outro em 2016; e um caso em criança com 4 anos de idade em 2010, totalizando 3 casos de HIV/AIDS por ano diagnóstico em menores de cinco anos de 2007 a 2016.

No município de Vitória, de 2007 a 2016, a taxa de detecção dos casos de HIV/AIDS notificados no SINAN, por ano de diagnóstico aumentou em ambos os sexos, exceto no ano de 2010 para o sexo feminino. A significância desse aumento é atribuída, principalmente, ao segmento masculino, conforme demonstrado no Gráfico 4.

**Gráfico 4 - Taxa de detecção dos casos de HIV/AIDS notificados no SINAN municipal, por sexo e na população em geral residentes de Vitória/ES, por ano diagnóstico, anos 2007 a 2016.**



Fonte: SEMUS/GVS/CVE - SINANNET VITÓRIA, dados atualizados até 28/06/2017.

Em relação à gestante HIV+, foram notificados 115 casos em Vitória no período de 2007 a 2016, ocorrendo as maiores taxas de detecção nos anos de: 2009 (4,04/1.000 N.V.), 2010 (3,06/1.000 N.V.), 2012 (2,66/1.000 N.V.) e 2014 (3,33/1.000 N.V) e o maior número de casos na faixa etária de 20 a 29 anos (60 casos no período). Em 2016, a taxa de detecção em gestante foi de 1,60/mil nascidos vivos (dados preliminares até junho 2017).

A taxa de detecção de HIV/AIDS em menores de cinco anos no Brasil tem sido utilizada como indicador indireto para acompanhamento da transmissão vertical do HIV. Em 2016, taxa de detecção HIV/AIDS em menores de cinco anos alcançada em Vitória foi de 4,66/100.000 habitantes, relativa a um (1) caso.

Quanto às taxas de mortalidade por HIV/AIDS, uma análise da última década revela que Vitória apresentou taxas de mortalidade que variaram de 13,43 óbitos por 100.000 hab. (2009) a 6,12 óbitos/100.000 hab. (2016), com taxas mais elevadas do que as do estado do Espírito Santo, Região Sudeste e Brasil, em grande parte do período. As taxas do município somente sofreram redução e se aproximaram das taxas daqueles entes federados, a partir do ano de 2012. O coeficiente de mortalidade HIV/AIDS por sexo no período 2004 a 2015 foi maior no sexo masculino, concentrando-se na faixa etária de 30 a 49 anos para ambos os sexos (sexo masculino: 62,82% (174/277 óbitos) e no sexo feminino: 62,93% dos óbitos (73/116 óbitos)).

A assistência às IST e HIV/AIDS no município é realizada por meio do Centro de Referência Municipal (CR) de Vitória, composto pelos Serviços de Assistência Especializada (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O serviço atua como “porta aberta” para a testagem e para profilaxia pós-exposição à material biológico (PEP). Nos fins de semana e à noite, a PEP sexual e os acidentes de trabalho são atendidos nos Prontos Atendimentos do município. Atualmente, no CR Municipal IST e HIV/AIDS mais de 1.500 pessoas estão em Terapia Antirretroviral (TARV), em média três (3) mil pessoas atendidas, quando somados aos acompanhados sem TARV, a testagem e aos atendimentos para profilaxia pós-exposição a material biológico (PEP); ingressam no serviço em média, 30 casos novos a cada mês. Uma parcela dos residentes em Vitória faz tratamento/acompanhamento em outros serviços públicos ou filantrópicos de referência estadual, localizados em Vitória, como o Hospital Estadual da Polícia Militar, o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (UFES - Federal) e a Santa Casa de Misericórdia de Vitória (convênio com o estado); já a assistência pediátrica à AIDS é realizada no Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG).

A manutenção da unidade de saúde de referência para o HIV/AIDS é uma importante oferta de serviço à população, contudo a intensificação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST na rede básica de saúde é um grande desafio para a redução e detecção precoce do HIV, das hepatites virais, da sífilis em gestantes e em adultos.

Tendo em vista que uma das prioridades do Programa Nacional de IST/AIDS é a redução da transmissão vertical do HIV (dois casos em Vitória entre 2007 e 2016), o município intensificou o conjunto de ações direcionadas ao fortalecimento da rede de cuidados de atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, ao nascimento seguro e o desenvolvimento saudável da criança de zero a dois anos de idade. Além disso, unificou os comitês de mortalidade materna e infantil e o de sífilis instituídos, para melhor investigar e intervir na transmissão vertical do HIV/AIDS, sífilis, hepatites, e toxoplasmose.

Além disso, as parcerias com as Organizações da Sociedade Civil se tornaram imprescindíveis para detectar e tratar os casos diagnosticados entre populações mais vulneráveis que circulam no município, em razão da epidemia apresentar maior concentração nesse segmento. Essas parcerias possibilitam a ampliação da oferta do teste rápido anti-HIV, especialmente com o uso do teste com “Fluído Oral”, além de possibilitar a efetivação da atenção integral à saúde no combate do HIV, AIDS, sífilis, hepatites virais e a co-infecção com a tuberculose.

Entre os vários avanços da saúde pública na rede municipal de saúde, em relação às doenças transmissíveis, ressalta-se a disponibilidade de testes rápidos para a detecção precoce da gravidez, do HIV (meta anual: testagem de 20% da população acima de 14 anos), sífilis (meta anual: testagem de 20% da população acima de 14 anos) e das hepatites virais (meta anual: testagem de 15% da população acima de 14 anos para os tipos B e C), assim como gel lubrificante, preservativos masculinos e femininos, além dos exames laboratoriais para essas doenças executados no Laboratório Central Municipal, cujos resultados são fornecidos em tempo oportuno, não havendo demanda reprimida. A Rede SEMUS pretende ainda, executar no mínimo 70% da Programação de Ações e Metas (PAM), que prevê a aplicação do incentivo federal para financiamento de ações de prevenção e qualificação da atenção em HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis.

## **4. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS**

A Promoção da Saúde é uma estratégia de produção de saúde articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribuindo na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. (BRASIL, 2014). É voltada para dar respostas articulando os diversos recursos e integrando saberes técnicos e populares, mobilizando recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para enfrentamento e resolução de problemas de saúde; privilegia o autocuidado, o desenvolvimento de hábitos saudáveis, a intersetorialidade, o desenvolvimento sustentável, a cultura da paz e não violência e a incorporação de diversos saberes da sociedade.

A SEMUS/Vitória trabalha na perspectiva de articular e conectar as ações de promoção da saúde de forma horizontal entre parceiros e implementa a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) com base nas competências de gestão do município e das demais políticas intersetoriais, visando à institucionalização dos Fóruns Regionais Intersetoriais de promoção da saúde. Possui a responsabilidade de desenvolver e articular projetos e ações nos eixos prioritários da Política de Promoção da Saúde em permanente diálogo com as demais políticas e outros setores, de acordo com as especificidades sanitárias, quais sejam: formação e educação permanente; promoção de ações relativas à alimentação adequada e saudável (meta municipal: implantação das ações de Atenção Nutricional em 100% das UBS, conforme a Política Nacional de Alimentação e Nutrição até 2021); aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas com a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados e do álcool e outras drogas; promoção da mobilidade segura; promoção da cultura da paz e de direitos humanos, articulando e mobilizando ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos, como também o desenvolvimento sustentável.

Dessa forma, a gestão municipal promove uma mudança nas práticas em saúde priorizando o envolvimento de atores sociais, institucionais e profissionais em práticas centradas no conceito positivo de saúde, que valorizam a arte de curar. Assim, o curador no seu processo de trabalho está focado na recuperação da saúde, no aproveitamento de métodos mais leves de alimentação natural e saudável, de exercícios e práticas corporais integrativas e medicamentos naturais para valorização da totalidade do sujeito e não somente do corpo.

A implementação de hortas urbanas comunitárias e orgânicas nos territórios de saúde (meta municipal: 4 hortas/ano), aliadas aos jardins terapêuticos de plantas medicinais e aromáticas, as práticas corporais contemplativas e integrativas tais como loga, Biodanza, Do-in, Reiki, treinamento perfumado, meditação e dança circular, promovem saúde no contexto da humanização e estimulam as relações de vínculo entre os profissionais de saúde, os usuários e a rede de atenção, de forma contínua e com responsabilização, favorecendo o cuidado e a atenção à saúde em diferentes fases da vida dos indivíduos e necessidades por saúde, tendo como critério de eficácia a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

As práticas corporais, que possibilitam tanto a promoção da saúde como a atenção as enfermidades crônicas, são desenvolvidas em diferentes eixos de atividades preconizadas pelo Programa Academia da Saúde e pelo Serviço de Orientação do Exercício (SOE). As atividades tradicionalmente ofertadas como ginástica, alongamento e caminhada coletiva com orientação ao exercício, são ofertadas de forma diversificada de acordo com as demandas populacionais e características do território, atendendo aos diferentes ciclos de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos). (BRASIL, 2017).

Atualmente existem 15 Módulos do SOE localizados na orla, nas praças, nos parques e em outros espaços públicos da cidade. O funcionamento ocorre nos turnos matutino e noturno para a oferta de atividades relacionadas aos eixos do Programa Academia da Saúde, realizadas por profissionais de Educação Física, atuando de forma integrada com as equipes das Unidades Básicas de Saúde de referência e em parceria com profissionais dos demais

equipamentos sociais, orientando-se pelo perfil epidemiológico e as necessidades sanitárias de cada território. É relevante destacar a realização de recentes adaptações, em função da implantação dos Programas de Atenção à Saúde e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, preservando-se as características originais do SOE.

Quanto à prevenção, o Programa Nacional de Imunização (PNI) disponibiliza todos os anos os 36 tipos de imunobiológicos para o município de Vitória. Todo o esforço para imunizar a população resultou na erradicação da poliomielite e varíola e a eliminação da circulação do vírus autóctone do sarampo e da rubéola. Também foi registrada queda acentuada nos casos e incidências das doenças imunopreveníveis, como as meningites por pneumococo, difteria, tétano neonatal, entre outras. Ao longo dos anos o Município tem alcançado a cobertura vacinal em menores de um ano, exceto em 2015 para as vacinas: Meningocócica Conjugada C, Pneumocócica e Pentavalente (DTP+Hib+Hep B), por problemas de remessas de doses pelo Ministério da Saúde. No ano de 2017, houve mudança de indicador da imunização, o adotado foi: Proporção de vacinas do Calendário Nacional de Vacinas para crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10 - valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) - com coberturas vacinais estabelecidas .

Para implementação da imunização no município, é necessário readequar os serviços no nível local e a estrutura física e de equipamentos da central municipal de imunobiológicos, visto que a atual é insuficiente para recebimento e o armazenamento de um quantitativo maior de imunobiológicos e insumos. Vale ressaltar que as ações da imunização no município são gerenciadas pela Vigilância Epidemiológica.

No que se refere aos fatores de risco ambientais, vale destacar a confirmação da circulação do vírus rábico na população de quirópteros (morcegos) do município, com quantitativos crescentes de casos confirmados anualmente desde 2012, o que reforça a importância de se manter a vigilância dos casos de agressão por animais, bem como a cobertura mínima preconizada de imunização anual de cães e gatos contra raiva animal.

## 5. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 assegura o direito à saúde contemplando os princípios da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade e estabeleceu a responsabilidade partilhada dos entes federados, elevando os municípios à categoria de Gestores da Saúde, com papel relevante na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os gestores do SUS a partir do Pacto pela Saúde (2006) buscam aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde, sob a forma de rede, como estratégia essencial para consolidar os princípios do SUS, por meio do Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional, cujas relações intergovernamentais (esferas federal, estadual e municipal) e responsabilidades pactuadas, permitem a integração de políticas e programas. O Pacto de Gestão contempla ações de: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB – revisada em 2017) e a Política Nacional de Promoção à Saúde, em consonância com o Pacto pela Saúde e obedecendo ao Decreto da Presidência da República 7.508/2011 (regulamentador da Lei nº 8.080/1990), estabelece um modelo de atenção, que busca responder às condições crônicas e agudas e promover ações de vigilância e promoção a saúde, para efetivação da atenção primária em saúde como eixo estruturante da rede atenção à saúde no SUS.

O governo municipal de Vitória, por meio do Decreto Municipal nº 15.489, de 10/09/2012 (alterado pelo Decreto Municipal 15.674/2013), estabeleceu uma nova organização e funcionamento das unidades administrativas da Secretaria de Saúde de Vitória, tornando-a mais ágil e efetiva.

A operacionalização do sistema municipal de saúde é norteadada pelos princípios e diretrizes do SUS, da Rede de Atenção à Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica (2017), com a celebração dos pactos interfederativos estabelecidos.

A gestão das ações de saúde se organiza por ciclos de vida na rede municipal de saúde, na lógica do cuidado em saúde, assim a Gerencia de Atenção a Saúde possui em sua estrutura setorial referências técnicas nas seguintes áreas temáticas do cuidado: saúde da criança, do adolescente, do adulto (incluindo a saúde da mulher, do homem e áreas de atuação: tabagismo, hipertensão e diabetes e tuberculose e hanseníase), do idoso, além de saúde bucal, saúde do escolar, saúde mental, e as áreas de atuação das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS), da alimentação e nutrição, da promoção da saúde e práticas integrativas e complementares (fitoterapia/plantas medicinais). Dentre as suas atribuições encontram-se assessorar e acompanhar a implantação das políticas públicas prioritárias na área de atenção à saúde, acompanhar e avaliar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em cada ponto de cuidado em saúde, promover a integração entre os níveis de atenção, elaborar normas, rotinas e fluxos para organização do acesso a rede de serviços, além de propor reorganização de processos de trabalho.

Considerando-se as linhas do cuidado, dentre as ações previstas para o próximo quadriênio estão: a implantação da avaliação de fragilidade e identificação de vulnerabilidade clínico-funcional da pessoa idosa (IVCF), ações de apoio aos cuidadores, assim como a implantação do Plano Municipal de Atenção às Pessoas com Deficiência, com inclusão da adesão do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de São Pedro à Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência.

## 5.1 Atenção à Saúde

Os serviços de saúde para cumprirem os princípios e diretrizes constitucionais estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, em níveis primários, secundários e terciários, compostos por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas. Os serviços, portanto, organizam-se com base nos fundamentos das redes de atenção, com economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, territórios sanitários, e níveis de atenção e porta de entrada na atenção primária, que é a ordenadora e coordenadora de todo o sistema (MENDES, 2010).

A rede de atenção à saúde é estratégica para o cuidado integral e direciona as necessidades de saúde da população. Organiza o sistema de saúde articulando de forma lógica e singular as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

A Atenção Básica é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída por equipe multidisciplinar que busca oferecer a cobertura para toda a população, integrando e coordenando o cuidado (fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde), para atendimento das necessidades e ordenamento das demandas em saúde. Esse papel essencial da atenção básica, tanto na resolução dos casos, quanto no referenciamento do usuário para outros níveis de maior complexidade é a base estruturante do sistema.

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória adota a Estratégia de Saúde da Família como reordenadora das práticas da Atenção Básica. O município apresenta cobertura de atenção básica em 88% e da Estratégia de Saúde da Família em torno de 80%.

O modelo de organização do sistema municipal de saúde é a **vigilância em saúde**, compreendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias para a consolidação do ideário e princípios do SUS. Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, o modelo de vigilância em saúde desloca o olhar sobre a doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Esse novo olhar sobre a saúde busca considerar os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. A vigilância em saúde apresenta os seguintes fundamentos: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos, adoção do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, atuação intersetorial, ação sobre o território e intervenção sob a forma de operações (Paim, Almeida Filho, 2000).

No campo teórico-metodológico a vigilância em saúde busca a integração da atuação do setor saúde com as várias dimensões do processo saúde-doença, especialmente do ponto de vista dos determinantes sociais, riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários. Propõe envolver todos os setores inseridos na realidade local, na tentativa de superação da dicotomia das ações fragmentadas dos setores da assistência à saúde. O modelo de vigilância é considerado como eixo reestruturante, que tem como premissa o princípio de territorialidade. Assim, sob o ponto de vista territorial, consegue-se definir problemas, prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica, sendo o indivíduo o objetivo final, que deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema social e do ambiente (CAMPOS, 2003)

### **5.1.1 Atenção Básica em Saúde**

A atenção básica em saúde é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e

gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

O processo de territorialização consiste numa etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes da atenção básica. Com isso, é ampliada a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população numa área de abrangência. A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito ao papel que as equipes devem assumir no seu território de atuação, considerando as questões: ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, executando ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi recentemente atualizada pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), que estabeleceu a revisão de diretrizes no âmbito do SUS. A Estratégia de Saúde da Família é reafirmada como forma de organização prioritária para consolidação e qualificação da atenção básica. A nova PNAB reconhece que outras estratégias de atenção básica podem ser aplicadas, contudo, a conversão em Estratégia Saúde da Família deve ser estimulada.

A revisão da PNAB também trouxe mudanças relacionadas ao prazo de implantação das equipes, à cobertura do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e da Atenção Básica (NASF), o teto populacional e à incorporação do Registro Eletrônico em Saúde, além da criação do perfil de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) (DAB/MS, 2017).

A PNAB 2017 reitera a possibilidade de definir parâmetros populacionais de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

No sentido do fortalecimento da Atenção Básica está em curso no município a implantação de quatro novas equipes de Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), que visa ampliar no município a reorganização da forma de atuação dos profissionais de apoio já inseridos nas unidades, dando suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica. Tal composição é definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes especialidades.

Importante destacar que o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF. Deve atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes. O NASF segue algumas diretrizes, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade (gestão do cuidado em rede), participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2017).

Em relação à ampliação do acesso e a resolutividade do cuidado está em curso no município a reorganização do Apoio Matricial, de acordo com a Diretriz do Matriciamento no Município de Vitória, nas áreas estratégicas da Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde da Mulher e Doenças Sexualmente Transmissíveis e sua ampliação para outras áreas. O Apoio Matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, “O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência” (BRASIL, 2004, p. 13).

A Atenção Ambulatorial Especializada e a da Urgência e Emergência municipais deverão ser reorganizadas em consonância com a Rede de

Atenção à Saúde, de acordo com os serviços municipais disponíveis e o planejamento regional da Região Metropolitana e pactuações municipais e estadual. Ações como o aprimoramento da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do município para a qualificação do acesso de forma oportuna e resolutiva, bem como a implantação do Comitê de Urgência e Emergência no âmbito municipal (Portaria GM/MS nº 1.600/2011), com a habilitação de no mínimo um Pronto Atendimento para UPA Porte II, junto ao Ministério da Saúde até 2021, são metas a serem cumpridas no próximo quadriênio.

## **5.2. Vigilância em Saúde**

A Gerência da Vigilância em Saúde (GVS) do município de Vitória atua com o protagonismo de seu corpo técnico-operacional e a sociedade civil na gestão dos riscos e agravos à saúde, de forma harmônica, em todas as suas áreas: vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador. Utiliza a informação para a ação, realiza intervenções de forma articulada com as Redes de Atenção à Saúde, na redução dos danos e riscos à saúde nos territórios.

Com a finalidade de otimizar as suas ações e seu trabalho junto a comunidade, é fundamental para a vigilância em saúde do município, a estruturação de uma rede de informação qualificada, que seja capaz de integrar as questões relacionadas às dinâmicas de produção, consumo e formas de viver das comunidades nos territórios, com os dados disponíveis nos sistemas de informação das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental, e da saúde do trabalhador. Para tanto, essa rede de informações deve ser melhorada por meio da qualificação dos instrumentos de registros, da implantação e capacitação das fontes notificadoras para as doenças e agravos de notificação compulsória e das demais de relevância para a saúde pública, do encerramento oportuno das investigações das doenças notificadas, bem como do desenvolvimento tecnológico do sistema informatizado próprio do município (SGIRBE), utilizando as suas funcionalidades.

Um marco importante no enfrentamento das emergências em saúde pública de interesse nacional e internacional foi à estruturação na Coordenação de Vigilância Epidemiológica, do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), desde 2011, o qual atua 24 horas/dia ininterruptas, ampliando a capacidade de detecção e resposta rápida a esses eventos. Foi relevante a atuação do CIEVS na detecção oportuna da ocorrência de casos graves e óbitos potencialmente relacionados à infecção pelo Zika Vírus durante epidemia de 2015/2016; e diante da situação do risco emergencial da transmissão da febre amarela silvestre no município em 2017. Foi realizado o monitoramento diário dos pacientes residentes e não residentes notificados para a febre amarela na rede hospitalar de Vitória, com investigação dos casos graves e dos óbitos ocorridos, e ampliação das estratégias de vacinação para obtenção da cobertura vacinal adequada.

Outro desafio que se apresenta no atual quadro sanitário do município é a ocorrência de eventos violentos, considerados um grave problema de saúde pública, que além de comprometerem a saúde individual e coletiva, demandam para a organização de serviços e práticas direcionadas a sua prevenção e tratamento, fundamentalmente a elaboração de políticas específicas para o setor saúde e intersetoriais. Com a finalidade de atender a essa necessidade, e principalmente cumprir os dispositivos legais: artigo 13º da Lei Federal nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e Adolescente, Decreto-Lei nº 5.099/2004 e Lei Federal nº 10.778/2003 (que tratam dos casos de violência contra a mulher) e o artigo 19º da Lei Federal nº 10.741/2003 (que trata de maus tratos contra idosos), foi implantada no município a ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências, que alimenta o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde/ NUPREVI, foi instituído no ano de 2006, na Gerência de Vigilância em Saúde, e desta forma Vitória vem estruturando de forma gradual e progressiva, a Vigilância de Acidentes e Violência, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. No ano de 2013, foi instalado em Vitória, o Serviço de Atenção à Pessoa em Situação de Violência (SASVV) para atendimento ambulatorial desses casos, que conta com psicólogo, assistente social, médico

clínico e pediatra, e profissionais de nível médio. A rede de serviços identifica o caso, realiza o manejo clínico e psico social, os encaminhamentos necessários e a notificação para a vigilância epidemiológica. No ano de 2016, a vigilância em saúde já contabilizava 51 fontes notificadoras de eventos violentos (serviços de saúde e equipamentos municipais integrantes da Rede de Proteção Sócio Assistencial, e hospitais).

A série histórica do SINAN, de 2011 a 2016 revelou um aumento de notificações em Vitória, dos casos de violência interpessoal e autoprovocadas, o que causa muita preocupação. Em 2016, foram 2.090 casos de violência, sendo 1.369 de residentes (65,12% dos casos notificados). Das ocorrências em municípios, 72,88% foram no sexo feminino. Na distribuição por faixa etária a frequência maior foi entre 15 - 49 anos, com concentração nas faixas etárias de 20 a 29 anos (14,99%) e de 30 a 39 anos (13,96%). Destacaram-se no sexo feminino a violência física, lesão autoprovocada, violência sexual e psicológica /moral. No sexo masculino também em ordem decrescente de prevalência, esses mesmos tipos, porém em menor intensidade.

Aprimorar a cadeia de atores envolvidos nas notificações dos eventos violentos é objeto de atenção da Vigilância em Saúde, cujo conhecimento da situação epidemiológica é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas para prevenção e atenção integral às pessoas em situação de violência. Neste PMS 2018-2021 está prevista a implantação da notificação contínua desses eventos em 100% da Rede Pública Municipal de Educação, e a Linha de Cuidados para Atenção às Pessoas em Situação de Violência (com ênfase na Violência Sexual e Autoprovocada) o que corrobora com a necessidade de fortalecimento da rede de atenção psicossocial do município.

Também inserida na Gerência de Vigilância em Saúde está a Subcomissão de Gestão e Análise de Acidentes Graves e Fatais do Projeto Vida no Trânsito (reuniões intersetoriais e periódicas), criada pelo Decreto Municipal 15.990, de 15 de maio de 2014, com objetivo de analisar todos os óbitos por acidente de trânsito ocorridos no município e estabelecer o perfil dessas mortes, propondo ações de prevenção. As principais causas de acidentes de trânsito em Vitória, nos últimos três anos, foram: excesso de

velocidade, atitude imprudente do pedestre, direção perigosa do motociclista; sendo o grupo de vítimas mais vulnerável, os motociclistas e pedestres (idosos).

Desde maio de 2011, Vitória assinou o Pacto Nacional pela Redução dos Acidentes no Trânsito, com a publicação em setembro de 2012, do Decreto Municipal nº 15.483/2012 (atualizado pelo Decreto Municipal nº 15.999/2014), que criou a Comissão Gestora Intersetorial do Projeto Vida no Trânsito, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde para o planejamento de ações com a finalidade de elaborar e implementar o Projeto Vida no Trânsito no município. Para isto, o município possui várias parcerias institucionais estabelecidas. O Projeto Vida no Trânsito prevê o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e cultura de paz no trânsito, ações de prevenção das lesões e mortes causadas por estes acidentes, gerando oportunidades de colaboração e coordenação conjuntas da saúde com outros setores, governamentais e não governamentais, buscando ações intersetoriais, dentre essas ações está o “Maio Amarelo”.

Novos desafios se impõem no desenvolvimento das atribuições da Vigilância em Saúde no município para o próximo quadriênio, dentre eles: a publicação do Código de Vigilância em Saúde pela Vigilância Sanitária, além do monitoramento de 100% dos estabelecimentos de alto risco com a realização anual de duas inspeções sanitárias por atividade regulada, a investigação em tempo oportuno de 100 % das denúncias recebidas e o bloqueio de casos nas situações de risco de transmissão de doenças zoonóticas, E, na Vigilância em Saúde do Trabalhador, a investigação dos casos e óbitos relacionados ao trabalho, além disso, está prevista a integração das ações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária para o monitoramento anual de 100 % das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

### 5.3. Capacidade Instalada

A organização da atenção à saúde no município de Vitória abrange seis (06) regiões (Região 1: Santo Antônio, Região 2: Maruípe; Região 3: São Pedro, Região 4: Forte de São João, Região 5: Continental, Região 6: Centro) e vinte e nove (29) Territórios de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Atualmente, o município possui vinte e nove (29) UBS, das quais vinte e duas (23) UBS são organizadas com Estratégia Saúde da Família. Na competência agosto 2017, 78 equipes de ESF estavam em exercício, com cobertura populacional estimada de ESF aproximada de 80% e cobertura de equipes de atenção básica em torno de 88% da população estimada 2016. Em relação à Saúde Bucal, a cobertura populacional estimada para esse mesmo período girou em torno de 67% da população estimada 2016, com cinquenta e quatro (54) equipes ativas. O município conta ainda com quatro (04) unidades básicas de saúde tradicionais (UBS Jabour, UBS Maria Ortiz, UBS Jardim Camburi e UBS Ilha de Santa Maria) e duas (02) têm Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (UBS Bairro República e UBS Bairro do Quadro). Houve fusão das UBS de Avelina e Santa Teresa com a inauguração em junho de 2016 da UBS do Quadro na Região 3: Centro. Possui ainda oito (08) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) -tipo I - implantados.

O município conta com os seguintes equipamentos de saúde:

- quinze (15) módulos de orientação ao exercício (SOE) localizados em praças, parques e praias e um carro volante - o “SOE – Móvel”, que realiza visitas quinzenais em regiões onde não existe módulo de orientação ao exercício;
- dois (02) Centros Municipais de Especialidades: Centro de Especialidade de Vitória, onde estão instalados um Centro Municipal de Especialidades Odontológicas - CEO e um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e o Centro de Especialidade de São Pedro com mais um Centro Municipal de Especialidades Odontológicas – CEO implantado;
- três (03) Centros de Referência de Atenção Especializada (Centro de Referência de Atendimento ao Idoso, Centro de Referência IST/ AIDS, Serviço

de Atenção à Pessoa em Situação de Violência Vitória - instalado no Centro Municipal de Especialidades de São Pedro com várias especialidades;

- um (01) Serviço de Vigilância Sanitária e um (01) Centro de Vigilância em Saúde Ambiental (unidades de Vigilância em Saúde);

- um (01) Laboratório Central Municipal (Unidade de Apoio Diagnose e Terapia SADT isolado) com 28 pontos de coleta de exames;

- dois (02) Prontos Atendimentos, PA Praia do Suá e São Pedro, localizados nas Regiões de Saúde de Forte de São João e São Pedro, respectivamente, responsáveis pelo atendimento de urgência e emergência do município;

- uma (01) Central de Transporte Sanitário;

- uma (01) Farmácia Cidadã c/ Convênio com a Secretaria Estadual de Saúde ES;

- uma (01) Central de Regulação de Consulta e Exames Especializados - regulação do acesso.

Além desses estabelecimentos de saúde o município possui ainda uma Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS); 01 Central de Insumos de Saúde; o serviço de Saúde do Trabalhador.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória – ES conta, atualmente, com 29 unidades de saúde, quatro (04) Centros de Atenção Psicossocial (1CAPS II - Transtorno com Serviço de Residência Terapêutica e 1 Centro de Atenção Psicossocial CAPS III - Transtorno (São Pedro) - ambos habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.015/2015), 1 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD III - Portaria GM/MS nº 1.014/2015), 1 Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil- CAPS i, 02 Prontos Atendimentos municipais, 02 equipes de Consultório na Rua, 01 Serviço Residencial Terapêutico e apoio do Transporte Sanitário do município. O Grupo Condutor da RAPS municipal ainda não está instituído, mas o município participa dos Grupos Condutores da RAPS da Região Metropolitana

e da RAPS Estadual. No município também estão implantados dois Serviços Residenciais Terapêuticos estaduais, cujos moradores são acompanhados pela rede municipal de saúde. Os serviços de urgência e emergência de nível hospitalar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) são de competência estadual. Na rede municipal de saúde pretende-se instituir o Protocolo de Atenção a Situações de Urgência em Saúde Mental.

Como integrante da Rede de Atenção Psicossocial, as duas Equipes de Consultório na Rua (eCR) são importantes dispositivos públicos, que atuam em reduzir a lacuna assistencial das políticas de saúde voltadas para Pessoas em Situação de Rua (PSR) e pessoas com consumo de álcool e outras drogas. O Consultório na Rua tem como objetivo oferecer cuidados à saúde no próprio espaço da rua, preservando o respeito no contexto sociocultural da população. Como princípios norteadores estão: o respeito às diferenças e a promoção de direitos humanos e da inclusão social; o enfrentamento do estigma; as ações de redução de danos e a intersetorialidade. Como a cidade está dividida em 06 (seis) regiões de saúde, as equipes atuam em todas as regiões, obedecendo aos critérios de territorialização, com a seguinte divisão: 1) eCR da UBS Andorinhas: Região Continental, Maruípe e Forte São João; 2) eCR da UBS Vitória: Região Centro, Santo Antônio e São Pedro.

A assistência hospitalar para os residentes de Vitória está sob Gestão Estadual, contudo, em caráter complementar o município de Vitória firmou convênio com prestadores de serviços para: manutenção do Serviço Residencial Terapêutico; controle de HIV, Hepatites, IST, desenvolvendo atividades com agentes de prevenção oriundos das populações vulneráveis.

Soma-se a isso a celebração de contratos de prestação de serviços da municipalidade junto a prestadores de serviços de saúde privados para suprir as necessidades de procedimentos especializados: duas (02) Clínicas/Centros de Especialidades: uma em Oftalmologia (consulta e exames) e outra para atendimento e/ou acompanhamento especializado a pessoa com deficiência intelectual e/ou múltipla e/ou autismo acompanhado de alto risco para desenvolvimento infantil (bebês de risco em nível ambulatorial); três (03) Laboratórios para execução de Serviços Laboratoriais de Diagnóstico em

Citopatologia/Anatomia e Análises Clínicas; três (03) unidades de apoio de diagnose e terapia para execução de exames especializados (Raio X panorâmico, mamografias, radiografias, ultrassom e exames otoacústicos).

#### **5.4. Gestão de Pessoas**

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS - Vitória) foi reestruturada pelo Decreto Municipal nº 12.632/2006 e respectivas alterações (Decretos Municipais 13.031/2006 e 15.489/2012), que regulamentaram o funcionamento das suas unidades administrativas, instituindo a Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, vinculada a Subsecretaria de Apoio Estratégico (SUBAE/SEMUS), contemplando as Diretrizes da Política de Gestão de Pessoas para o desenvolvimento das ações.

A Gerência do Trabalho em Saúde (GTS) é composta pelos setores de Avaliação de Desempenho dos Servidores, Coordenação de Gestão de Pessoas, Movimentação de Pessoal, Frequência/Direitos e Vantagens, Avaliação de Processos e Mesa Permanente de Negociação no SUS. Esses setores são importantes no desempenho das ações inerentes à gestão de pessoas e as relativas à intersectorialidade, as quais envolvem outros departamentos da Administração Pública Municipal. Ainda em consonância com as suas atribuições, a GTS pode propor adequações de normas relacionadas à atuação dos profissionais no âmbito da SEMUS/Vitória, bem como padronizar fluxos, processos e instrumentos de trabalho nos serviços de saúde, divulgando-os.

O conceito de recursos humanos na área da saúde não pode ser considerado apenas na visão da racionalidade gerencial, que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. A questão dos trabalhadores tem íntima relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde – SUS (MENDES; GONÇALVES, 1993), configurando uma parte fundamental na qualidade da atenção à saúde,

pois depende de atos de intervenção sobre as necessidades e demandas da população.

As ações de Gestão de Pessoas em Saúde primam pela valorização e qualificação dos profissionais para o exercício digno do trabalho e oferta de serviços de qualidade para a população. Na Gestão de Pessoas, o capital humano é visto como o principal patrimônio da instituição.

O município de Vitória possui o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV) instituído pela Lei Municipal nº 6.753/2006 e Decreto Municipal nº 14.552/2010 específico para os profissionais de saúde, cuja revisão está prevista para o próximo quadriênio. A Avaliação Periódica de Desempenho do PCCV vigente abrange todos os servidores efetivos e estáveis ou celetistas ativos, com no mínimo 120 dias de efetivo exercício no cargo. O seu objetivo é a valorização do servidor e melhoria da qualidade do serviço público, avaliando competências (qualificação/evolução funcional) e assiduidade. Também é prevista a realização de Avaliação Especial de Desempenho para os servidores em Estágio Probatório. As avaliações são executadas no Sistema de Avaliação de Desempenho (informatizado). Na gestão 2013 – 2016 foram realizadas avaliações de desempenho, e a concessão de progressão e evolução funcional dos servidores acontecem de acordo com os dispositivos legais e as possibilidades financeiras e orçamentárias do município.

A rede municipal de saúde de Vitória, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, oferta serviços aos seus munícipes, contando com a colaboração de 3.349 servidores, sendo 80,56% efetivos, 4,42% celetistas e municipalizados, 1,88% comissionados, 10,87% contratados por tempo determinado, 0,66%, Programa Mais Médicos, 1,10% CPO/cedido por outros órgãos, 0,42% estagiários e 0,09% Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB). O quantitativo de profissionais por categorias atuantes na rede municipal de saúde está listado no Anexo 2.

Num cenário de recursos escassos, o município de Vitória deparou-se nos últimos anos com restrições orçamentárias, que demandaram adequação e planejamento de gastos, visando à otimização e/ou redução de despesas com

peçoal, em obediência à Lei de Responsabilidade Fiscal. Essas ações e medidas de adequação ocorreram durante a gestão 2013 – 2016, com a redução de 407 cargos da SEMUS/Vitória. Foram priorizados os serviços e ações de maior impacto para a coletividade, considerando a organização dos serviços de saúde, as políticas que permeiam o SUS (Política de Gestão do Trabalho em Saúde, Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, dentre outras), as normas e orientações postas pelo Ministério da Saúde, Prefeitura Municipal de Vitória e Secretaria Municipal de Saúde. A GTS, para proceder a essa adequação, realizou a análise dos recursos disponíveis num trabalho articulado dentro da própria rede municipal. Buscou identificar profissionais que pudessem submeter-se ao remanejamento para suprir os serviços que apresentavam déficit de pessoal, otimizando recursos e favorecendo a continuidade da assistência. Cabe ressaltar que a PNAB (2017) estabelece como responsabilidade dos entes federados, a garantia de provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica, com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo, contudo existem dificuldades de reposição de pessoal para algumas categorias profissionais, inclusive na Atenção Especializada e na Urgência e Emergência.

Assim, quando há necessidade de pessoal nos serviços de saúde (rede própria), a GTS mediante estudo de dimensionamento de recursos humanos, efetua a contratação temporária de pessoal, obedecendo às normas vigentes (dentre elas a Lei Municipal n.º 7.534/2008). Todos os contratos temporários são monitorados periodicamente nos sistemas informatizados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Administração – SEMAD, sendo passíveis de renovação e rescisão, de acordo com o interesse público e amparo legal.

Ainda em relação ao dimensionamento de pessoal, a Coordenação de Controle e Avaliação da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação contribui, de forma conjunta, com a realização de estudos que possibilitam conhecer e avaliar o dimensionamento de recursos humanos da rede SEMUS, oferecendo subsídios estratégicos para a adequação da capacidade de recursos humanos nos serviços e ampliação da cobertura assistencial. Foram executados estudos nas Unidades Básicas de Saúde de: Conquista/Nova

Palestina, Resistência, Santo André, Ilha das Caieiras, Santa Luiza, Grande Vitória, Andorinhas e do Quadro até o momento.

Atualmente, a GTS controla e fiscaliza três (03) contratos de serviços terceirizados a saber: ponto digital, vale alimentação e vale transporte. Cabe destacar a importância quanto aos prazos e procedimentos necessários para a continuidade e manutenção desses serviços/benefícios.

A Mesa de Negociação Permanente do SUS, de acordo com as normas do SUS, é um espaço de diálogo entre gestão e entidades representativas dos servidores para o constante monitoramento do trabalho em saúde, com estabelecimento de um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS, sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho da saúde. A sua finalidade é discutir a estrutura e a gestão administrativa do SUS, instituindo processos para tratar conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho entre os profissionais; melhorar efetivamente a qualidade dos serviços prestados à população garantindo o acesso, a humanização e o aumento da resolutividade dos serviços de saúde.

A Mesa de Negociação Permanente do SUS foi instalada na SEMUS em 2007, e funciona segundo os princípios da Administração Pública, o seu regimento interno e pactuações firmadas. É um fórum permanente constituído por gestores públicos, gestores de serviços privados, conveniados/contratados do SUS e entidades sindicais representativas dos trabalhadores, garantindo a participação efetiva de todos os envolvidos na construção do sistema de saúde do município.

As reuniões da Mesa de Negociação durante a atual gestão tratou de alguns assuntos voltados para: regimento interno, processos de trabalho, benefícios para os servidores (ticket alimentação, incorporação da gratificação da saúde, gratificação para plantão médico, reajuste salarial, divisão de férias para os servidores municipais), Avaliação de Desempenho, capacitações, horário de atendimento nos serviços, celeridade nos processos de substituição

de pessoal, respeito aos processos de remoção, realização de concurso público, presença de eventos violentos nos territórios, dentre outros.

A GTS pretende empreender esforços para a elaboração de uma Política de Saúde do Trabalhador para a SEMUS, com o propósito de realizar o acolhimento do servidor, frente às diversas situações: na admissão do servidor nos serviços de saúde, capacitar e propiciar a formação inicial para desempenho das funções inerentes ao cargo e naquelas que envolvem a gestão de pessoas (mediação de conflitos, licenças médicas recorrentes, adoecimento do servidor, apuração de intercorrências, eventos violentos, entre outras), buscar soluções e estratégias compartilhadas para minorá-las.

A integração efetiva entre os sistemas de informação utilizados pela Gerência do Trabalho em Saúde e o Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE) é de fundamental importância para a qualificação dos processos de trabalho e evitar o retrabalho. Para tanto é necessário a parceria entre a GTS, a Subsecretaria de Tecnologia da Informação (SUBTI), a Secretaria Municipal de Administração (SEMAD), o serviço terceirizado do ponto digital e outros setores da SEMUS.

A maioria das informações necessárias à gestão do setor é apurada de forma fragmentada e manual (coleta de dados em diferentes sistemas), o que dificulta a consolidação de dados e as atividades a serem executadas.

Atualmente, algumas atividades do setor são realizadas de forma pontual e isolada, utilizando os sistemas SIGEP (Sistema Integrado de Gestão de Pessoas), Ponto Secullum e SGIRBE e os programas desenvolvidos pelo Núcleo de Apoio a Informática/SEMUS para o controle de: concessão de hora extra e plantão extra, emissão de ofício, de processos recebidos e encaminhados para avaliação de desempenho, dentre outros. Essas ferramentas citadas contribuíram muito para otimização do tempo e organização dos processos de trabalho. Entretanto, há necessidade de uma integração real entre os sistemas informatizados mencionados, considerando-

se o volume de informações que o setor manipula e precisa conhecer para melhor monitorar e encaminhar os seus processos de trabalho.

## **5.5. Regulação, Controle, Avaliação e Satisfação do Usuário**

A Política Nacional de Regulação do SUS é um importante instrumento de gestão que possibilita a plenitude da responsabilização sanitária assumidas pelos entes federados (BRASIL, 2008). Os princípios orientadores do processo de regulação foram estabelecidos no Pacto pela Saúde, sendo a regulação assistencial uma de suas diretrizes. O processo regulatório favorece a resolução dos casos de forma eficiente e permite conhecimento sobre a dinâmica da rede de saúde ao atuar positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, bem como na oferta, na avaliação das ações e serviços e no controle sobre os prestadores de serviços.

A regulação municipal de saúde na SEMUS é executada por meio da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA) constituída por duas Coordenações: a Coordenação de Regulação e a Coordenação de Controle e Avaliação.

A Coordenação de Controle e Avaliação tem entre suas ações: a gestão do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Sistema Cartão Nacional de Saúde (manutenção da base municipal atualizada), o processamento mensal da produção da rede própria e contratada, o controle da produção e execução contratual dos serviços terceirizados, a avaliação dos usuários atendidos nos serviços da rede municipal de saúde (Unidades Básicas de Saúde (UBS), Prontos Atendimentos (PA) e Centros Municipais de Especialidades (CME)), a produção de estudos de capacidade potencial e avaliações dos serviços de saúde da rede SEMUS, além do acompanhamento da Programação Pactuada Integrada (interface município/estado).

Em relação ao processamento da produção mensal da rede municipal, os serviços de saúde municipais, por diversos motivos, ainda registram procedimentos ambulatoriais aquém de sua capacidade, acarretando perda de repasses financeiros. Portanto, é preciso minorar a incidência desses erros nos registros de saúde (meta do PMS 2018-2021 – redução de 25%), que são passíveis de correção, adequar os processos de trabalho, executar treinamentos, monitoramentos e acompanhamentos sistemáticos e efetivos para a compatibilização entre as regras inerentes aos registros nos sistemas de informação do SUS e o SGIRBE, dentre outras providências.

No que se refere à avaliação dos serviços, desde 2014 o município instituiu um sistema de avaliação por torpedos. Os usuários recebem mensagens (SMS) em seus telefones celulares (cadastrados) e atribuem uma nota de 0 a 10, após submeterem-se a algum tipo de atendimento nos CME, PA e UBS. As respostas são transmitidas ao SGIRBE e a cada final de mês, as notas são consolidadas e compartilhadas com os diretores, que avaliam em conjunto com suas equipes, as possíveis melhorias quando a avaliação/pontuação é menor que cinco (5). A avaliação dos serviços (UBS, CME e PA) passou da média 7,75 no ano de 2014 para 8,68 no ano de 2017 (média registrada até o mês de agosto de 2017). Esse tipo de serviço ainda não é acessado pelos usuários dos Centros de Referência devido a especificidade de cada um deles, há previsão da ampliação da avaliação para 100% dos serviços no próximo quadriênio. Somando-se a isto, tem-se planejado submeter à avaliação anual 10% dos serviços da rede municipal de saúde, segundo critérios pré-estabelecidos.

A Coordenação de Regulação responde por duas Centrais: Central de Central de Regulação Municipal de Consultas e Exames Especializados e a Central de Transporte Sanitário. A Central de Regulação Municipal de Consultas e Exames Especializados foi instituída em 2008 e desde então atua utilizando o Sistema Nacional de Regulação (SISREG). A partir de 2013 iniciou o processo de reestruturação interna e passou a regular toda a oferta municipal de procedimentos ambulatoriais especializados, tanto da rede própria, quanto da contratada, participa também do processo de pactuação das ofertas

estaduais, instrumentalizado pela Programação Pactuada Integrada (PPI). Contribui, em conjunto com os setores afins, na elaboração e implantação de instrumentos capazes de aperfeiçoar as ações regulatórias, como: fluxos assistenciais, protocolos de acesso dos usuários, entre outros. O complexo regulatório municipal possui como desafio para o quadriênio 2018-2021 a redução do tempo de espera dos agendamentos de consultas ofertadas pela rede própria e contratada, das cinco especialidades com maior demanda e classificadas como prioridade.

Atualmente está em fase de finalização da migração do processo regulatório de toda sua oferta municipal (própria e contratada) para o Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (sistema próprio).

Cabe informar que o município responde pela atenção as necessidades básicas de saúde, ficando a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sob responsabilidade dos níveis estadual (Secretaria Estadual de Saúde - SESA) e federal (MS). O instrumento utilizado para o controle e compartilhamento dos recursos ambulatoriais e hospitalares disponíveis de média e alta complexidade entre o Espírito Santo e municípios capixabas é a PPI, a qual se encontra em processo de substituição pela pactuação das diretrizes e proposições metodológicas da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS). A Secretaria Municipal de Saúde por meio do Termo de Compromisso de Gestão, documento de formalização do Pacto de Gestão (homologado pela Portaria MS/GM nº. 13, de 08 de janeiro de 2008), assumiu em etapas a média complexidade ambulatorial do município de Vitória, iniciando pela Gestão dos Serviços de Laboratório de Análises Clínicas e Citopatologia, credenciados pelo SUS.

O principal problema enfrentado pela Central de Regulação Municipal é o absentéismo (percentual acima de 20%), embora se continue implementando diversas ações para redução das perdas de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados. É um desafio para a gestão municipal à diminuição para o patamar de 20% o número de faltas desses procedimentos na rede ambulatorial da SEMUS e contratada.

Quanto a Central de Transporte Sanitário (CTS), conta com 25 motoristas efetivos e dez (10) veículos próprios dentre eles: ambulâncias (três), veículos adaptados para cadeirantes (dois) e vans para transporte de pacientes (cinco). A CTS atua prioritariamente na remoção de munícipes, que estão em tratamento eletivo no SUS e nos estabelecimentos conveniados, para garantir a continuidade do tratamento na atenção especializada de alta e média complexidade, tais como: hemodiálise, tratamentos com câmara hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, antibioticoterapia, fisioterapia, consultas e exames especializados, realização de curativos de grande porte, remoção relacionadas às urgências de baixa complexidade, às altas hospitalares, às transferências de unidades de saúde para prontos atendimentos e hospitais, revisão de cirurgias, terapias ocupacionais e internação compulsória. Nos últimos 03 anos, o número de solicitações aumentou, sobretudo para atendimento de munícipes idosos e acamados, remoção para internação compulsória e alta hospitalar fora da Região Metropolitana, passando de 11.802 em 2014 para 13.206 atendimentos em 2016, com incremento de 11,9%.

A reestruturação física, funcional e de pessoal da CTS para atendimento do crescimento da demanda é uma necessidade, assim como a execução de estudo para viabilizar a contratação de serviço móvel de remoção para atendimento de urgência básica.

A regulação, a avaliação e o controle em saúde colaboram na mensuração dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento, programação e execução no sistema municipal de saúde.

## **5.6. Sistema de Apoio Diagnóstico**

O Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) é um dos componentes importantes das Redes de Atenção a Saúde visto que presta serviços comuns a todos os pontos de atenção que integram a rede municipal de saúde. Oferta diretamente 170 tipos de exames laboratoriais

clínicos executados nos diferentes setores do Laboratório Central Municipal (LCM) e com isso atende 100% dos procedimentos demandados pela Atenção Básica Municipal com a média/ mensal de 160.000 exames. A produção de exames laboratoriais e atendimentos realizados estão demonstrados na Tabela 3. Realiza exames de: bioquímica/hormônios, hematologia, uroanálise, parasitologia, imunologia, tuberculose, microbiologia, além da triagem para citopatológico/histopatológico (laboratório contratado). Garante exames para atenção primária, que auxiliam aos profissionais no esclarecimento diagnóstico tanto do seguimento da patologia clínica, como diagnóstico por imagem. Está prevista a adoção de protocolos para realização de exames em 100% da Rede Básica, Urgência/Emergência e Especialidades.

**Tabela 3 - Total de exames laboratoriais realizados e atendimentos (pacientes), anos 2013 a 2016.**

Ano	Total de exames	Total de atendimentos (pacientes)
2013*	2.059.637	259.809
2014	1.823.583	207.604
2015	1.826.471	208.359
2016	1.925.056	222.132

Fonte: LCM/SEMUS; Nota:(\*) Epidemia de Dengue

O Laboratório Central Municipal (LCM) da SEMUS realiza coleta descentralizada em 28 (vinte e oito) Unidades Básicas de Saúde (UBS). O transporte de material biológico humano (sangue, fezes, urina e outros) e pequenas cargas (solicitações de exames, material de coleta e outros) entre o Laboratório Central Municipal, Unidades Básicas de Saúde e Prontos Atendimentos é realizado por empresas contratadas (dois contratos de Vans e motocicletas).

Para atendimento dos exames de urgência/emergência (regime de plantão 24 horas) a coleta é realizada nos postos de coleta dos 02 (dois) Prontos Atendimentos: São Pedro e Praia do Suá, com garantia do envio de amostras da Vigilância Epidemiológica para o Laboratório Central do Espírito Santo (LACEN/ES) para os seguintes agravos: Dengue, Influenza, Coqueluche,

Zika, Chikungunya, Malária, Febre Amarela, entre outros. Possui também um Sistema de Informática Laboratorial (SIL), através do qual os equipamentos são interfaceados.

O SIL é interligado às UBS, emite laudos que ficam disponíveis aos profissionais requisitantes dos exames, bem como disponibiliza todo histórico de exames dos pacientes. Permite também que os munícipes tenham acesso aos seus resultados e históricos pela internet (endereço - <http://laboratoriocentral.vitoria.es.gov.br/cache/csp/pmv/MV.FC.cls?w3exec=WL R000>), por meio de senha de acesso exclusiva e intransferível. Está prevista a criação de protocolo para implantação do Agendamento Online de coleta de exames nos serviços da SEMUS.

A SEMUS possui contratos de prestação de serviços de saúde com três (03) laboratórios privados para execução de serviços laboratoriais de diagnóstico em Citopatologia/Anatomia e Análises Clínicas. O município de Vitória, desde 14/12/2009, assumiu a gestão da média complexidade dos laboratórios e da rede própria. A partir desta época, faz a gestão desses contratos que contemplam as demandas também de outros municípios, os quais não possuem laboratório habilitado para realização de exames, conforme exigência do MS.

Os exames de maior complexidade e/ou justificados que fazem parte de protocolos de programas prioritários são também ofertados e de forma complementar são realizados por meio do laboratório privado credenciado pelo município.

Para execução de exames especializados de diagnóstico por imagem, como mamografias, ultrassonografias, RX, radiologia odontológica, além de exames ou procedimentos para acompanhamento de portadores de necessidades especiais, o município possui contratação de prestadores de saúde.

## **5.7. Sistema de Apoio Terapêutico – Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica, de acordo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Tais ações são determinantes para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e abrangem a alocação de um montante expressivo de recursos financeiros, sendo necessária a organização da gestão do medicamento e da prática da Atenção Farmacêutica.

Para viabilização do acesso ao medicamento, compete às três esferas de gestão do SUS o financiamento da Assistência Farmacêutica, que se organiza nos Componentes Básico, Estratégico e Especializado, visando à integralidade do cuidado.

A Assistência Farmacêutica Municipal é responsável pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, cujo financiamento é tripartite para aquisição de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME vigente, no valor mínimo indicado pela legislação em vigor.

Compete ao Ministério da Saúde o financiamento e aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Estratégico e às Secretarias Estaduais de Saúde o recebimento, o armazenamento e a distribuição aos Municípios. Este componente disponibiliza medicamentos para prevenção,

diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico como vacinas, tratamento de tuberculose, hanseníase, entre outros.

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde aos municípios de Vitória na Farmácia Cidadã de Vitória.

A organização dos serviços farmacêuticos no município tem definido o elenco de medicamentos essenciais na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), elaborada de forma sistemática e participativa, com os profissionais da rede assistencial da SEMUS, avaliando-se as normas e pactuações vigentes para o nível de atenção de responsabilidade municipal, bem como as melhores evidências científicas disponíveis.

A oferta do elenco da REMUME é disponibilizada para as 29 Unidades Básicas de Saúde, 02 Prontos Atendimentos, 03 Centros de Atenção Psicossocial e no Centro de Referência IST/AIDS do município, conforme a peculiaridade de cada ponto de atenção, em 2016 houve a dispensação de 2.058.046 medicamentos.

Com o objetivo de viabilizar suporte terapêutico, seguro e eficiente, aos usuários atendidos nos serviços de saúde da rede municipal, com foco no uso racional de medicamentos, a implementação da prática da Atenção Farmacêutica em seus macrocomponentes, conforme propõe o Consenso Brasileiro (OPAS, 2002), está estabelecida como meta no presente Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Cabe destacar que a integração da Assistência Farmacêutica ao Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE – sistema próprio), local virtual onde as prescrições e as dispensações são geradas e registradas no prontuário eletrônico de cada usuário, permite o gerenciamento e o controle dos medicamentos fornecidos e o acesso às informações e

indicadores municipais específicos que mensuram a utilização de medicamentos na rede municipal de saúde. Os índices de abastecimento alcançados pelo almoxarifado de medicamentos foram: ano 2016 – 87,40% e 1º e 2º quadrimestres de 2017 – 93,07%. Quanto ao número de dispensações realizadas pela Assistência Farmacêutica do município teve-se 994.720 receitas em 2016 e 676.862 receitas nos dois primeiros quadrimestres de 2017.

## **5.8. Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde**

A Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde “Professora Ângela Maria Campos da Silva” (ETSUS-Vitória) foi criada por meio do Decreto Municipal n.º 14.919/2010; permitiu a SEMUS Vitória avançar na qualificação dos profissionais da saúde e no fortalecimento do SUS. É um espaço de discussão, formulação, articulação e proposição de ações de educação permanente em saúde, a partir do perfil epidemiológico da população, dos processos de organização do cuidado em saúde e da gestão social sobre as políticas públicas de saúde. Assim, articula e dialoga com as três esferas de governo, serviços de saúde e controle social para proposição, pactuação e execução de suas ações, observando nível de autonomia, normas e regras institucionais.

Em âmbito nacional a ETSUS-Vitória foi inserida na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) do Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS nº 2302, de 24 de novembro de 2014, especificamente no conjunto das 13 Escolas Técnicas da Região Sudeste do Brasil. A RET-SUS é membro da Rede de Escolas Técnicas da União das Nações Sul-Americanas (RETS-Unasul), sub-rede da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde. A sua inserção na RETSUS possibilitou maior visibilidade no cenário nacional, troca de experiências e recursos pedagógicos com outras instituições de ensino técnico, construção de conhecimento em Educação Profissional, participação em projetos vinculados ao MS e representatividade em espaços coletivos nacionais, além do fortalecimento institucional.

Nesse movimento, e em articulação com a esfera estadual, participa de fóruns de decisão e deliberação de ações, com destaque para a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES - Metropolitana e Estadual), a Comissão Intergestora Regional (CIR Metropolitana), o Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV), a Mesa de Negociação do SUS Municipal e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/ES). No âmbito estadual, com base em pactuações firmadas com as Instâncias Colegiadas Gestoras e em articulação com o MS, oferta formações para outros municípios do Espírito Santo.

A Escola desenvolve cursos na área da saúde, formais (formação técnica e especializações) e não formais (aperfeiçoamento, capacitação, treinamento entre outros), bem como eventos (fóruns, palestras, conferências, seminários e reuniões técnicas) e outras iniciativas de Educação em Saúde. No período de 2013 a 2016, a ETSUS/Vitória realizou 208 ações entre cursos e eventos, com a média de 1.488 certificados por ano, totalizando 5.951 no período.

Em parceria com o MS, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Secretaria de Estado da Saúde a ETSUS-Vitória realizou em 2014 a “Formação em Saúde Mental: crack, álcool e outras drogas”, para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATENF), durante a execução do Projeto Caminhos do Cuidado no ES. Essa formação alcançou os 78 municípios do estado, formando 5.400 trabalhadores.

A Escola responde também pela formação técnica de nível médio, com o curso Técnico em Vigilância em Saúde, para formar técnicos aptos a atuarem em equipes multiprofissionais. Nos próximos 03 anos serão realizadas mais 04 turmas.

A ETSUS/Vitória também realiza apoio técnico-pedagógico às gerências e áreas técnicas da SEMUS na identificação e análise de problemas, proposição e desenvolvimento de ações interventivas, tendo como referência a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

É responsável, ainda, pelas ações de Integração Ensino Serviço e pesquisas institucionais e acadêmicas desenvolvidas por instituições de ensino públicas e privadas nos serviços municipais de saúde, em acordo com as suas diretrizes institucionais. No ano de 2016, 2.378 estudantes frequentaram os diversos serviços da rede SEMUS/Vitória. Já no primeiro semestre de 2017 estiveram em campo de estágio 1.616 estudantes nas modalidades de Internato Médico, estágio curricular, aulas práticas e visitas técnicas.

No Programa de Residência Médica, em parceria com Instituições e Hospitais de Ensino, possui estudantes nas especialidades de Residência de Família e Comunidade em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), a saber: Vitória, Praia do Suá, Santo Antônio, Favalessa, Maruípe e Consolação. Quanto a Residência Médica de Clínica Médica contempla quatro UBS: Andorinhas, São Cristóvão, Favalessa e Nova Palestina. Já a Residência Médica em Pediatria está presente em três UBS: Nova Palestina, Jardim Camburi e Resistência. Por fim, a Residência Multiprofissional ocorre na UBS São Cristóvão.

A ETSUS/Vitória coordena desde 2016 dois projetos vinculados ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-GraduaSUS. O primeiro projeto PET-GraduaSUS - SEMUS/UFES (Universidade Federal do Espírito Santo) envolve seis cursos da área da saúde (Medicina, Nutrição, Odontologia, Fonoaudiologia, Farmácia e Terapia Ocupacional), com 73 bolsas distribuídas entre tutores, preceptores (sendo 35 servidores) e estudantes. O segundo projeto PET-GraduaSUS-SEMUS/EMESCAM (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória) contempla 03 cursos (Medicina, Enfermagem e Fisioterapia), com autorização de 15 bolsas.

Todas as ações desenvolvidas pela ETSUS-Vitória, incluindo o acompanhamento do Telessaúde Brasil Redes (adesão municipal em julho de 2014), visam o fortalecimento de um processo formativo e de desenvolvimento permanente dos profissionais, bem como o fortalecimento das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica. Para o desenvolvimento dessas ações conta com corpo técnico e pedagógico formado por profissionais da área da

saúde, educação e administração, em sua maioria com especialização *lato sensu*, e pertencentes ao quadro de efetivos da SEMUS/Vitória.

A ETSUS-Vitória no seu processo de planejamento para o quadriênio 2018-2021 estabeleceu as seguintes ações para execução: formar profissionais de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a saúde (Eixo Tecnológico: Ambiente e Saúde), visando à melhoria da atenção e assistência do usuário do SUS; planejar e executar projetos de formação, qualificação e capacitação voltados aos profissionais de saúde e controle social; gerir o processo de integração ensino-serviço na rede de atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, incluindo a ampliação da oferta de campo para a Residência Médica; integrar a pesquisa na rede SEMUS com as necessidades de qualificação dos serviços e da atenção à saúde.

## **5.9. Auditoria em Saúde**

A auditoria no SUS é um instrumento de gestão. Constitui-se na avaliação da gestão pública e controle interno das ações e serviços oferecidos, seus processos e resultados, condições de acolhimento, informação, comunicação em saúde e aplicação dos recursos públicos, por meio de comparação entre o que está sendo realizado e os critérios técnicos, operacionais e legais estabelecidos. Proporciona uma visão estratégica da alocação de recursos e da qualidade e eficiência das ações e serviços da rede de atenção à saúde focada na atenção aos usuários e em defesa da vida. Em conjunto com as ações de controle e avaliação, dá subsídios para o planejamento das ações de saúde do SUS municipal.

O sistema municipal de auditoria em Vitória, de forma pioneira, iniciou sua trajetória em 1993, com a publicação da Lei Municipal 3.983/93, que instituiu o Departamento de Controle e Avaliação, responsável pelas ações de Controle, Avaliação, Normalização e Auditoria, logo após a publicação da Lei Federal nº 8.689/93, que criou o Departamento Nacional de Auditoria do SUS

(DENASUS), cujas atribuições encontram-se elencadas no Decreto Municipal 12.062/06, que instituiu o Componente Municipal do SNA.

O Município de Vitória, em 1997, definiu pela implementação do Sistema Municipal de Auditoria como um dos projetos prioritários de governo e da Secretaria Municipal de Saúde, e em 2001, por meio do Decreto Municipal nº 10.951/2001, instituiu, no âmbito da SEMUS o referido sistema.

A Gerência de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde encontra-se vinculada ao Gabinete do Secretário, com atribuição de assessorar o gestor do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município e de auditar os serviços da Secretaria Municipal de Saúde, entidades prestadoras de serviços de saúde, conveniadas e contratadas, além de outras atribuições elencadas no Decreto Municipal 15.489/2012.

O processo de trabalho de auditoria no SUS utiliza técnicas apropriadas de análise e verificação operativa *in loco*, com o propósito de observar, examinar e mensurar se uma atividade ou fato está adequado aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes. Determina se as ações e seus resultados estão em consonância com as disposições planejadas, possibilitando avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços em conformidade com a necessidade requerida. (BRASIL. 2011, p. 21-26).

A Auditoria é um componente da gestão que fortalece o SUS municipal, contribuindo para a tomada de decisão, a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

## **5.10. Gestão de Tecnologia da Informação e Inovação em Saúde**

As informações em saúde subsidiam o exercício das funções gestoras do sistema de saúde como um todo. É instrumento essencial para a tomada de

decisão, produto da integração de dados e análises sobre determinada situação.

A análise sistemática das informações e indicadores gerenciais de saúde constitui-se como uma ferramenta fundamental na elaboração de políticas, no planejamento das ações individuais e coletivas, na definição de prioridades e intervenções, além de contribuir para a avaliação do custo/efetividade e custo/benefício dos serviços do setor saúde.

Várias são as informações em saúde de interesse para a gestão de serviços, vigilância e atenção.

A Coordenação de Informação em Saúde (CIS) da SEMUS é responsável pela identificação de dados, indicadores em saúde e informações prioritárias, considerando critérios epidemiológicos em todos os níveis gerenciais da rede SEMUS, cuja finalidade é subsidiar o processo de planejamento, avaliação e tomada de decisão na gestão do sistema municipal de saúde.

Além das competências citadas acima, a CIS pretende por meio de publicações de boletins e estudos de saúde, institucionalizar as análises das situações de saúde. Com isso, tem como propósito promover seu uso e sua apropriação para a tomada de decisões na Rede SEMUS e órgãos/setores afins. Espera-se que os resultados dessas análises sejam amplamente divulgados entre profissionais de saúde, educadores, estudantes, pesquisadores e para a população, fornecendo evidências para contribuir no aperfeiçoamento das ações executadas na gestão do sistema de saúde e auxiliar o controle social (BRASIL, 2013).

Existem diversos Sistemas de Informação nacionais que subsidiam as informações em saúde, gerenciados por órgãos do governo federal. Trabalhar as informações desses sistemas possibilita obter um diagnóstico epidemiológico que contribui para a definição das necessidades da população e dos serviços de saúde, bem como para a adequação da oferta existente (BRASIL, 2009, p. 63 - 76).

O conjunto dos sistemas nacionais de informação em saúde é mantido para dar cumprimento a dispositivos legais que muitas vezes possuem alimentação periódica e obrigatória dos dados. A operacionalização dos sistemas referentes à atenção básica é de responsabilidade do nível local (municipal) e deve obedecer às normas do Ministério da Saúde, com alimentação regular (mensal) dos bancos de dados nacionais. Dentre esses sistemas, encontra-se o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB - Portaria GM/MS 3.462/2010 e normas correlatas), que é operacionalizado pelo software e-SUS AB – Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Somando-se a isso, a Portaria GM/MS 2.148/2017 prevê o encerramento da importação dos dados do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) para o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), a partir da competência agosto de 2017 (ainda não efetivado), estabelecendo que informações da Atenção Básica serão exportadas para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), exclusivamente, pela base de dados nacional do SISAB. Essa situação posta requer um grande esforço da municipalidade, uma vez que o sistema de informação utilizado na rede SEMUS/Vitória é próprio (SGIRBE). Para permitir a interoperabilidade do SGIRBE com o e-SUS (dicionário de dados e outros) e cumprir a obrigatoriedade do envio dos dados para o Ministério da Saúde, há necessidade de adaptações relacionadas aos instrumentos de registro de dados e às funcionalidades disponíveis no sistema próprio do município. Para tal, além dos registros em saúde serem fidedignos, é essencial a contínua atualização dos cadastros dos usuários no SGIRBE, no Sistema Cartão Nacional de Saúde (SCNS) e dos estabelecimentos e profissionais de saúde no SCNES. Está prevista a criação de um núcleo para gestão e desenvolvimento do SGIRBE, para qualificá-lo e integrá-lo aos demais bancos de dados e sistemas de informação relacionados à saúde.

O Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem-Estar (SGIRBE), (sistema próprio) é alimentado com os registros decorrentes de tudo que é produzido na rede de saúde, possui várias funcionalidades como: prontuário eletrônico do paciente (PEP), fichas eletrônicas (do Pré-natal, da Hipertensão,

Diabetes (Hiperdia), de Notificação Compulsória, dos Resultados de exames de Citopatologia/Histopatologia do controle da Sífilis, da Tuberculose, do screening do pé diabético, da Notificação da Alta Hospitalar em menores de um ano), agenda eletrônica, emissão de receitas e solicitações de exames eletrônicas, recebimento de resultados de exames, movimentação de estoque, balanço, solicitação de insumos, tabulação de dados, emissão de relatórios gerenciais e de atestado médico por meio digital, dentre outras consideradas importantes para as informações em saúde. Além de ser um banco de dados/informações se constitui num importante instrumento comunicação entre a rede de serviços da SEMUS.

Atualmente, o sistema SGIRBE está integrado com o Sistema de Gerenciamento da Farmácia da Família (SISFAR) da Assistência Farmacêutica Básica, como também existe processo de adaptação daquele sistema para absorver o complexo regulatório municipal, substituindo as funcionalidades do Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

Apesar de o SGIRBE possuir inúmeras funcionalidades já disponibilizadas, as necessidades do sistema municipal de saúde e os avanços tecnológicos e modificações dos vários sistemas informatizados geridos pelo Ministério da Saúde, impõem ao município de Vitória o constante e ilimitado empenho para viabilizar a adequação do seu sistema próprio informatizado aos ministeriais. Além disso, tal sistema carece de desenvolvimento de relatórios analíticos e avaliações mais precisas para propiciar a averiguação da fidedignidade dos registros de saúde municipais e as ações dos serviços. Atender os dispositivos da Portaria GM/MS nº 2.073/2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e sistemas privados e do setor de saúde suplementar entre outras normas correlatas é desafiador.

Com a finalidade de qualificar e gerenciar as demandas atinentes ao SGIRBE, solicitadas pelos setores e profissionais de saúde de toda a rede da SEMUS/Vitória (chamados/solicitações de suporte relacionados à manutenção dos sistemas desenvolvidos pela SUB-TI), implantou-se o Sistema Mantis

(Figura 7) para análise, busca de soluções e providências dos desenvolvedores do sistema (SUB-TI) com interface com a SEMUS/CIS.

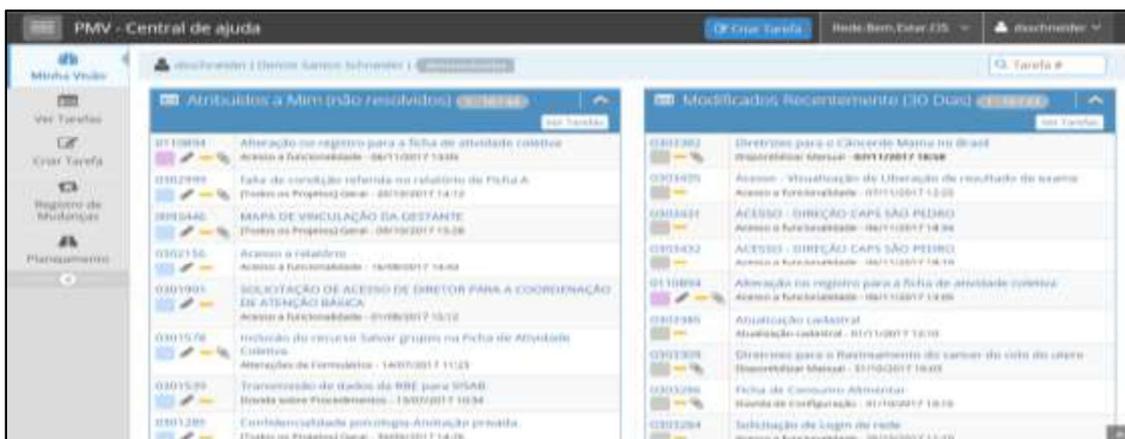


Figura 7– Sistema Mantis (CIS via Centra de Ajuda).

O **Agendamento on line (Figuras 8 e 9)** é o sistema que permite agendamento de horário para atendimento em unidades da Rede SEMUS, com módulos disponíveis na internet e no APP Vitória Online. Foi implantado, inicialmente, para organizar a vacinação contra a febre amarela (2017), sendo ampliado gradativamente para as consultas nos estabelecimentos e serviços da Rede SEMUS/Vitória. Existe a previsão da implantação da ferramenta para toda a rede municipal.



Figura 8 – Sistema Agendamento On line.



Figura 9 – Sistema Agendamento de consulta.

O **Confirma Vitória (Figuras 10 a e b)**, ferramenta desenvolvida pela Subsecretaria de Tecnologia de Informação (Sub-TI) da Prefeitura de Vitória, visa a auxiliar a SEMUS na remarcação, com rapidez, de consultas desmarcadas por usuários, disponibilizando a vaga para outros pacientes. Tal ferramenta possui interface com o SGIRBE. Esse serviço é gratuito (Vitória On line) e pode ser acessado por computador, tablet ou celular, por meio do link: <http://minhaconsulta.vitoria.es.gov.br> ou <http://mc.vitoria.es.gov.br>. A confirmação deve ser efetuada com 72 horas de antecedência. Essa iniciativa de desenvolvimento da ferramenta tecnológica, reformulada em 2017, deve-se ao elevado índice de absenteísmo às consultas e procedimentos assistenciais. Há previsão da implantação da ferramenta abrangendo toda a rede municipal.



Figura 10 a – Acesso ao Confirma Vitória.



Figura 10 b – Acesso ao Confirma Vitória.

Outra ferramenta desenvolvida pela Subsecretaria de Tecnologia de Informação (Sub-TI) e já mencionada é o **sistema de avaliação por torpedos (Figura 11)**. Os usuários recebem mensagens (SMS) em seus telefones celulares (cadastrados) e atribuem uma nota de 0 a 10, após submeterem-se a algum tipo de atendimento nos CME, PA e UBS.



Figura 11– Sistema de avaliação por torpedos (SMS).

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde, acompanhado pela ETSUS - Vitória, tem como objetivo principal a melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica no SUS, propiciando a integração

ensino-serviço, foi instituído pela Portaria GM/MS nº 35, de 4 de janeiro de 2007.

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

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

A SEMUS fez a adesão ao Telessaúde Brasil Redes em julho de 2014, por meio da assinatura de Termo de Adesão entre a SEMUS, o IFES e a SESA/ES. A programação inicial de credenciamento contemplou as unidades básicas de saúde: Bairro da Penha, Grande Vitória, Maruípe, Resistência, Santa Luiza e Vitória, sendo expandido para outras unidades no período de 2014 a 2016. Atualmente, há pontos instalados em 23 Unidades Básicas de Saúde da Rede SEMUS/Vitória; está previsto 100% de implantação para todas as UBS com Estratégia de Saúde da Família até o final de 2017. O acesso às funcionalidades do Telessaúde Brasil Redes se efetua por meio do “*link*” do Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar.

A adesão gradativa das Unidades Básicas de Saúde da SEMUS ao Telessaúde vem contribuindo na resolubilidade da ESF na atenção básica do município de Vitória, otimizando os recursos disponíveis, reduzindo custos do sistema público de saúde, promovendo a inclusão digital dos profissionais de saúde e diminuindo a necessidade de referência dos usuários para serviços de saúde de maior complexidade, permitindo ao profissional o acesso às teleconferências e à segunda opinião formativa de profissional especialista.

## 5.11. Apoio Estratégico - Infraestrutura e Logística

Com a descentralização do SUS surgiu a necessidade de ampliar serviços, diversificar as atividades e assumir cada vez mais responsabilidades no âmbito municipal, isto é, o município tornou-se um dos principais responsáveis pela prestação direta dos serviços de saúde.

Como qualquer organização produtora de bens e serviços, a infraestrutura/ logística constitui-se numa área de atuação estratégica para as organizações. A capacidade de sua gestão administrativa é fundamental e propicia os meios necessários à realização das ações e atividades em saúde.

O grande desafio, sendo a meta para o próximo quadriênio é a redução de custos dos serviços de apoio logístico para redefinição de padrão de gastos. Portanto, precisa-se prestar melhores serviços *versus* custos reduzidos, por meio do aumento da eficiência de todos os processos tornando-os, assim, mais efetivos. Para tal, para garantir a resolutividade na rede municipal de saúde, alguns fundamentos devem ser considerados como economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

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

- Gestão da Logística ao nível da prestação do serviço aos usuários;
- Acompanhamento do planejamento e levantamento conjunto da necessidade de aquisição de materiais, bens móveis e imóveis a serem utilizados na atenção à saúde, bem como a respectiva manutenção, funcionalidade e segurança (estrutura física/predial, materiais e equipamentos, meios de comunicação, zeladoria, lavanderia, vigilância patrimonial, entre outras);
- Gestão Administrativa - rotinas de normatização e padronização de materiais para aquisição, como também a

gestão dos contratos, convênios e outros instrumentos congêneres celebrados;

- Gestão de Insumos - disponibilização de todos os insumos e equipamentos a serem utilizados pela rede;
- Gestão de suporte à tecnologia da informática (Sistemas de Informação) da rede;
- Gestão Física do Almojarifado - ação conjunta da Central de Insumos e setores afins, para aquisição, recebimento, armazenamento, controle da distribuição e movimentação interna de insumos e produtos;
- Gestão do Trabalho em Saúde – já abordado, que trata dos recursos humanos.

Em relação à infraestrutura, para o aprimoramento do atendimento aos munícipes e da melhoria do ambiente de trabalho, a secretaria planejou a construção (obras), readequações e ampliação dos seguintes espaços físicos da sua rede de serviços, em cumprimento ao cronograma de investimentos:

- Adequação das seguintes estruturas físicas: Laboratório Central Municipal; Pronto Atendimento São Pedro, Central Municipal de Imunobiológicos, Central de Transporte Sanitário (CTS), UBS de Jardim Camburi, Central Municipal de Especialidades Aprígio da Silva Freire, e Centro de Referência de Assistência ao Idoso (CRAI);

-Construção do Centro de Atenção Psicossocial Infantil, UBS Grande Vitória e Santo Antônio e conclusão da UBS Ilha de Santa Maria.

Ressalta-se que alguns desses investimentos estão na dependência de captação de recursos financeiros externos em andamento.

Em relação ao Transporte (Tabela 4), a frota de veículos utilizada pela Secretaria de Saúde está dividida em duas categorias principais: veículos próprios, que são conduzidos por motoristas do quadro de servidores efetivos e possuem contrato de manutenção e abastecimento, e veículos locados (incluindo os de duas rodas), cuja manutenção, abastecimento e operação se faz por meio de seus respectivos motoristas. A frota de veículos atende,

principalmente, aos seguintes serviços: Centro de Vigilância e Saúde Ambiental (CVSA), Vigilância Sanitária (VISA), Consultório Na Rua, Central de Insumos (GCIS), Vigilância Epidemiológica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Central de Transporte (CT), Pronto Atendimento, Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), Central de Transporte Sanitário (CTS).

**Tabela 4 – Número de solicitações/atendimentos do Transporte realizados, 2016.**

<b>Frota</b>	<b>Nº de atendimentos realizados/ mês - média</b>	<b>Nº de atendimentos realizados/ ano - média</b>
Veículos próprios e locados	883	10.604
Central de Transporte Sanitário (atendimentos eletivos e de Urgência básica)	1.215,08 (114,58 atendimentos de urgência básica e 1.100,5 eletivos)	14.581 (13.206 atendimentos eletivos e 1.375 atendimentos de urgência básica)
Veículos Duas Rodas - Eletivos (Diarista)	81 (rotas)	968 (rotas)
Veículos Duas Rodas - Urgência (atendimento dos PA's)	420 (rotas)	5.040 (rotas)

Fonte: SEMUS/CSA/CTS/2016.

A Secretaria de Saúde, para atendimento das normas vigentes, possui equipe própria incumbida de realizar o levantamento físico e o controle de seu patrimônio, assim como a elaboração de relatórios de bens móveis e imóveis. Em 2016 instituiu uma Comissão Temporária que procedeu ao Inventário Anual de Bens Móveis e Imóveis em uso, cedidos e recebidos e em cessão relativos ao exercício financeiro de 2016.

A gestão sobre bens móveis e imóveis locados de terceiros é realizada pela Secretaria Municipal de Administração - SEMAD. Para atender ao disposto nos artigos 6º e 8º do Decreto Municipal n.º 16.372/2015 e alterações

correlatas, a SEMUS realizou estudo de viabilidade técnica e econômica para redução ao máximo das locações de Bens Imóveis necessários ao funcionamento de sua rede, após este persistiram somente as despesas demonstradas na Tabela 5.

**Tabela 5 – Despesas com locação de Bens Imóveis.**

<b>Serviços</b>	<b>Números dos Contratos de aluguéis</b>	<b>Nº dos Processos</b>
CAPS Infantil	001/2011	367590/2010
Anexo da UBS Grande Vitória	001/2011	3442303/2010
Almoxarifado	190/2010	3913889/2010

Fonte: SEMUS/GSA/GL/2017.

## **5.12. Fundo Municipal de Saúde**

A elaboração do Plano Municipal de Saúde (2018 – 2021) ocorreu de forma compatibilizada com o Plano Plurianual (PPA) do mesmo período, instrumento de governo que estabelece metas para a execução orçamentária, considerando as fontes de financiamento, as prioridades da população definidas na X Conferência Municipal de Saúde e a análise das necessidades de saúde da população municipal.

O modelo de gestão adotado pelo município está estruturado em Programas, conforme exigência legal. O orçamento contempla as prioridades da gestão, e está distribuído em Ações e Serviços de saúde que deverão concretizar-se por meio de resultados/metastas, a cada ano. Com isto há o estabelecimento de uma integração entre o Plano Plurianual, Plano Municipal, Programação Anual e a Programação Orçamentária. É através da interação entre os Instrumentos de Gestão em Saúde e os Instrumentos de Planejamento do município, que se dará a efetividade da política de saúde. Assim, para atingir os seus objetivos e concretizar as necessidades da gestão foi elaborado

dentro deste novo modelo o Plano Plurianual para o quadriênio 2018-2021, em fase de apreciação para aprovação junto ao Legislativo municipal.

O atual Plano Plurianual, definiu os programas e as ações da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, de acordo com o Quadro 1.

**Quadro - 1 - Programas e Ações estabelecidas no Plano Plurianual – PPA.**

<b>Programas</b>	<b>Ações</b>
<b>Gestão Compartilhada e Integrada</b>	Fortalecer o Controle Social no SUS
<b>Cidade Educadora</b>	Vida no Trânsito
<b>Atenção à Saúde do Cidadão</b>	Assistência Farmacêutica
	Educação Permanente em Saúde
	Gestão da Saúde
	Hortas Urbanas e Comunitárias
	Manutenção das Edificações Públicas - SEMUS
	Rede de Atenção à Saúde
	Vigilância em Saúde
<b>Infraestrutura de Edificações Públicas</b>	Construção, Reforma e/ou Ampliação de Edificações da Rede SEMUS
<b>Apoio Administrativo</b>	Manutenção da Frota SEMUS
	Manutenção da Unidade SEMUS
	Remuneração de Pessoal Ativo e Encargos

Fonte: PPA municipal, 2017.

O financiamento em saúde é compreendido como todos os recursos financeiros que viabilizam as ações nos serviços públicos de saúde, contemplados no orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados e dos Municípios. Cada esfera de governo possui responsabilidade de garantir e regular tais recursos em seus respectivos fundos de saúde, conforme a Lei Complementar 141, de 13/01/2012.

Assim, a tramitação desses recursos ocorre por meio de transferências e/ou repasses, que podem ser regulares ou eventuais, conforme o nível de adequação dos entes federados em relação às ações previamente pactuadas com a União e com as normas legais vigentes.

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

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

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

O MS repassa os recursos em blocos de financiamento instituídos pela Portaria GM/MS 698/2006, e estão divididos em seis blocos de financiamento: Bloco da Atenção Básica, Bloco das Ações de Média e Alta Complexidade, Bloco de Vigilância em Saúde, Bloco de Assistência Farmacêutica Básica, Bloco de Gestão do SUS e Bloco de Investimento. Os recursos de cada bloco devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações e serviços de saúde relacionados ao bloco, conforme o artigo sexto da citada norma.

A Comissão Intergestores Tripartite do SUS (CIT-SUS), composta por representantes do Ministério da Saúde, dos Estados e dos Municípios, tem desenvolvido estudos para a aprovação da nova metodologia de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia proposta possuiria apenas duas fontes de financiamento, custeio e capital, eliminando a fragmentação e a pulverização dos recursos financeiros da União, em programas de saúde, sem previsão de concretização.

O Fundo Municipal de Saúde Vitória foi criado pela Lei Municipal nº 3711 de 09/01/1991, com o objetivo de criar condições financeiras e de gestão dos

recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas e coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

A Tabela 6 demonstra que o município de Vitória vem aplicando os recursos próprios, percentuais acima dos 15% que está definido pela Emenda Constitucional 29.

**Tabela 6 - Percentual de aplicação municipal em Saúde, Vitória/ES, no período de 2013-2016.**

Item	2013	2014	2015	2016
Recursos Próprios aplicados em Ações e Serviços de Saúde (em %)	17,98%	18,84%	19,25%	17,85%

Fonte: SIOPS.

A Tabela 7, na análise per capita, o município passou de um investimento de R\$ 787,10 habitante/ano em 2013 para R\$ 733,37 habitante/ano em 2016, refletindo em 2016 o impacto da crise econômica e política que atingiu o país nos últimos anos.

**Tabela 7 - Gasto em saúde por número de habitantes por ano, Vitória/ES, no período de 2013 a 2016.**

Item	2013	2014	2015	2016
Despesa Total com ações e serviços de saúde por hab./ano (em R\$)	R\$ 787,10	R\$ 786,19	R\$ 796,77	R\$ 733,37

Fonte: SIOPS.

A Tabela 8 demonstra a tendência dos investimentos municipais em saúde, de acordo com a natureza da despesa, destacando o investimento maior dos recursos com pessoal e encargos sociais.

**Tabela 8 - Evolução da despesa paga por Natureza, Vitória/ES, período 2013 a 2016.**

<b>Natureza da Despesa</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Pessoal e Encargos Sociais</b>	183.855.538,05	182.539.754,58	187.964.498,62	172.385.069,17
<b>Outras Despesas Correntes</b>	79.389.919,45	69.206.670,08	70.412.195,20	73.680.441,80
<b>Despesa de Capital</b>	8.255.632,21	7.133.472,18	5.053.416,38	3.610.570,39
<b>Total</b>	<b>256.120.646,43</b>	<b>258.879.896,84</b>	<b>263.430.110,20</b>	<b>249.676.081,36</b>

. Fonte: SEMFA/SMAR,2017.

O município de Vitória vem enfrentando dificuldades financeiras, com perdas significativas na arrecadação, decorrentes do momento de instabilidade na economia e na política que o país está atravessando.

Assim, o maior desafio da gestão, diante deste cenário, é estabelecer prioridades e continuar a busca pela excelência das políticas públicas e bem gerenciar a cidade, com o aumento do nível de satisfação do cidadão, visando atingir os resultados e as transformações desejadas, sendo eficiente, eficaz e principalmente efetiva.

### **5.13. Ouvidoria em Saúde**

A Ouvidoria do SUS é a instância que escuta, acolhe, analisa e encaminha as demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde. É um mecanismo institucional de participação social, garantindo a transparência das ações da saúde, dentro do conjunto de atividades voltadas para o aprimoramento da gestão, conforme determinação governamental e das Conferências Nacionais de Saúde. A Ouvidoria atua de maneira a garantir a

ética e o respeito aos direitos humanos e deve orientar o exercício da cidadania em relação ao direito à saúde.

A Ouvidoria do SUS municipal, instituída pelo Decreto Municipal 15.489/2012, disponibiliza diversos canais de comunicação para que o cidadão se manifeste e exerça o controle social, considerando à diversidade característica dos territórios do município. Busca facilitar o acesso por parte de toda a população residente.

As proposições do setor, para o período 2018-2021, abrangem o fortalecimento da Ouvidoria como ferramenta de gestão e a ampliação da participação dos cidadãos na gestão do SUS.

## **6. PARTICIPAÇÃO POPULAR**

O controle social é um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), e desde a Constituição de 1988, tornou-se uma ferramenta indispensável para aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde no país.

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

O Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) foi criado por meio do Artigo 184 da Lei Orgânica do Município e regulamentado pelas Leis

Municipais nº. 6.606/2006, nº. 7.867/2009, e nº. 7.991/2010. As suas prerrogativas regimentais foram estabelecidas na Resolução CMSV nº. 756, de 18 de setembro de 2012, na qual foi instituída a responsabilidade de atuar na avaliação, formulação, proposição e execução das ações na área da saúde do controle social no município. Está constituído de forma paritária, sendo 16 titulares e 16 suplentes, dos representantes titulares oito (08) representam os usuários do sistema de saúde. O Conselho tem sua composição, organização interna, normas de funcionamento e atribuições determinadas pelas Leis Municipais já citadas e pelo Decretos Municipais 16.987/2017, 17.039/ 2017 e 17072/2017.

Integram o Conselho Municipal de Saúde de Vitória a Comissão Intersetorial de Orçamento, Finanças, Contratos e Convênios (CIOF/CIAC), a Comissão Intersetorial de Acompanhamento de Atenção à Saúde (CIAS), a Comissão Intersetorial de Acompanhamento de Educação Permanente Comunicação e Informação em Saúde (CIEP), a Comissão Intersetorial de Acompanhamento de Conselhos Locais de Saúde (CICLS), Comissão Intersetorial Saúde do Trabalhador (CIST) e um Grupo de Trabalho Legislação e Normas. Ainda, três (03) conselheiros eleitos pelos seus pares atuam no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/UFES) e um Conselheiro Eleito para as análises do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS).

O município possui vinte e nove (29) conselhos locais de saúde, atuando nos territórios de abrangência das unidades de saúde, e um conselho local referente ao Centro de Referência IST/AIDS, composto pelas entidades representativas dos usuários, dos trabalhadores da saúde e da gestão. A atuação dos conselheiros locais de saúde é de grande importância no fortalecimento da democracia participativa e no efetivo controle social no SUS municipal.

As proposições da gestão participativa e compartilhada do SUS municipal para 2018-2021 são: acompanhar e assessorar todos os Conselhos Locais de Saúde existentes; capacitar os conselheiros municipais e locais de saúde; realizar 02 (duas) Conferências Municipais de Saúde; viabilizar a

participação dos membros representantes do CMSV em eventos ofertados pelas diversas instâncias de controle social; fortalecer o CMSV.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Gestão de Saúde em Vitória está organizada de forma compartilhada, colegiada, participativa e solidária, com o objetivo de garantir ao cidadão acesso às ações e serviços de saúde em tempo oportuno, de forma integral, gratuita, igualitária e equânime, dispondo dos recursos necessários para a construção de uma cidade com qualidade de vida para todos.

A Prefeitura de Vitória tem criado estratégias para o enfrentamento da queda da receita e do atual cenário de crise econômica no país, com o objetivo de minorar os cortes de recursos financeiros destinados à Saúde. Considera o setor Saúde como prioridade de governo, destinando em 2016, 17,85% de recursos próprios em cumprimento ao limite constitucional de 15% ao ano.

Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde busca melhorar a aplicação de recursos relativos às ações e serviços de saúde, possibilitando o financiamento contínuo e sustentável da sua rede municipal de saúde, além de existir previsão de uma reformulação administrativa para o aprimoramento do seu sistema municipal de saúde.

O Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 terá a sua execução acompanhada por meio do cumprimento das pactuações interfederativas, pelo monitoramento dos instrumentos de gestão pertinentes, por mecanismos de controle e avaliação e mensuração de indicadores de saúde e gerenciais selecionados pela municipalidade. Diante dos resultados obtidos por esses meios de acompanhamento, o presente planejamento será passível de reformulação e adequações.

**DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS  
DO  
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**2018 A 2021**

## Resumo do Plano de Saúde

Estado: Espírito Santo

Município: Vitória - ES

**Região de Saúde:** Metropolitana

**Período do Plano de Saúde:** 2018-2021

**Data de finalização:** 18/05/2021 15:47:01

**Status atual do Plano de Saúde:** Aprovado

## Relação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde

**DIRETRIZ Nº 1 - 1. APRIMORAMENTO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE COM FOCO NA EQUIDADE E INTEGRALIDADE, ATENDENDO AS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS MUNÍCIPIES, APOIADO NA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E NO MODELO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**OBJETIVO Nº 1.1** - Fortalecer a Atenção Básica como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, para promover o acesso, acolhimento, humanização, equidade e resolutividade.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.1.1	Implantar o arranjo matricial conforme estabelecido pelas "Diretrizes do NASF para o Município de Vitória"	Número de UBS com o arranjo matricial conforme NASF implantado.	-	-	Número	29	Número	0,00	0,00	19	29
1.1.2	Manter a cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	Cobertura Populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica	63,14	2017	Percentual	60,00	Percentual	60,00	60,00	60,00	60,00
1.1.3	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis da população acima de 14 anos para o HIV.	Proporção de população de 14 anos e mais testada para o HIV no ano vigente	-	-	Percentual	20,00	Percentual	20,00	20,00	20,00	20,00
1.1.4	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis da população acima de 14 anos para Sífilis.	Proporção da população de 14 anos e mais testada para a Sífilis no ano vigente	-	-	Percentual	20,00	Percentual	20,00	20,00	20,00	20,00
1.1.5	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis da população acima de 14 anos para Hepatite B.	Proporção da população de 14 anos e mais testada para a Hepatite B no ano vigente	-	-	Percentual	15,00	Percentual	15,00	15,00	15,00	15,00
1.1.6	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis da população acima de 14 anos para Hepatite C.	Proporção da população de 14 anos e mais testada para a Hepatite C no ano vigente	-	-	Percentual	15,00	Percentual	15,00	15,00	15,00	15,00
1.1.7	Implementar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) nas unidades de saúde do município.	Percentual de Unidades de Saúde que realizaram anualmente ao menos uma ação da PNAISH.	52,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	64,00	76,00	88,00	100,00
1.1.8	Ampliar a cobertura populacional de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada na Atenção Básica.	88,40	2017	Percentual	90,00	Percentual	88,00	88,00	88,00	90,00
1.1.9	Implantar o Programa Saúde na Hora.	Número de UBS habilitadas no programa junto ao Ministério da Saúde.	-	-	Número	6	Número	0,00	0,00	6,00	6,00
1.1.10	Attingir o parâmetro mínimo de 70% de cadastros sem inconsistências conforme estabelecido pelo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica/ SISAB	Percentual de cadastros sem inconsistências enviados ao SISAB	0,00	-	Percentual	70,00	Percentual	0,00	0,00	70,00	70,00
1.1.11	Attingir anualmente a cobertura $\geq$ 83% de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), relacionadas à área da Saúde	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	0,00	-	Percentual	83,00	Percentual	83,00	83,00	83,00	83,00

**OBJETIVO Nº 1.2** - Aprimorar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) no âmbito municipal, visando qualificar o acesso de forma oportuna para melhorar a resolutividade da atenção.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.2.1	Realizar o cadastro para habilitação de Pronto Atendimento para Unidade de Pronto Atendimento - UPA, junto ao Ministério da Saúde.	Cadastro de habilitação de UPA concluído.	-	-	-	1	Número	-	0	0	1
1.2.2	Realizar atualização do protocolo de classificação de risco para os médicos e enfermeiros que atuam nos Pronto Atendimentos.	Percentual de médicos e enfermeiros com atualização em protocolo de classificação de risco.	0,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	0,00	0,00	50,00	50,00
1.2.3	Implantar o Programa Melhor em Casa.	Número de equipes do Programa Melhor em Casa habilitadas	0	-	Número	2	Número	0,00	0,00	0,00	2

**OBJETIVO Nº 1.3** - Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em sua organização e qualificação, para atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou pessoas com demandas e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.3.1	Implantar o Protocolo de saúde mental.	Protocolo de Saúde Mental implantado	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0
1.3.2	Adequar as estruturas físicas dos 4 CAPS segundo as diretrizes, portarias e resoluções do MS e da ANVISA.	Número de CAPS com as estruturas físicas adequadas.	0	2017	Número	4	Número	0	1	1	2

**OBJETIVO Nº 1.4** - Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança priorizando a atenção ao pré-natal, parto, nascimento, puerpério, direitos sexuais e reprodutivos e atenção à saúde da criança, com ênfase na primeira infância.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.4.1	Reduzir o número absoluto de casos de sífilis congênita.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	43	2017	Número	28	Número	36,00	35,00	31,00	28,00
1.4.2	Reduzir a gravidez na adolescência, na faixa etária de 10 a 19 anos.	Percentual de gravidez em mães adolescentes de 10 a 19 anos.	12,46	2016	Percentual	11,46	Percentual	12,19	12,07	11,46	11,46
1.4.3	Reduzir a mortalidade infantil (NV) de Vitória	Taxa de mortalidade infantil.	9,84	2016	Taxa	9,44	Taxa	10,00	9,90	9,50	9,44
1.4.4	Reduzir a Mortalidade em menores de 5 anos, por causas evitáveis, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.	Número de óbitos em menores de 5 anos por causas evitáveis.	44	2017	Número	39	Número	43	42	40	39
1.4.5	Reduzir a Taxa de Mortalidade Neonatal.	Taxa de mortalidade neonatal	5,72	2016	Taxa	5,43	Taxa	5,72	5,65	5,58	5,43
1.4.6	Reduzir a prevalência de crianças menores de 5 anos internadas por causas sensíveis a atenção básica.	Número de internações de crianças menores de 05 anos, residentes de Vitória, por causas sensíveis a atenção básica.	517	2017	Número	490	Número	510	503	496,00	490
1.4.7	Garantir a realização do Teste do Olhinho (Teste do Reflexo Vermelho, conforme protocolo de Triagem Oftalmológica Neonatal), nas Unidades de Saúde.	Percentual de recém-nascidos cadastrados nas UBS com teste do olhinho realizado	0,00	2017	Percentual	80,00	Percentual	80,00	80,00	80,00	80,00
1.4.8	Garantir a realização do Teste do Pezinho nas Unidades de Saúde, em conformidade com o Protocolo de Triagem Neonatal	Percentual de recém-nascidos cadastrados nas UBS com coleta do pezinho realizada.	0,00	2017	Percentual	80,00	Percentual	80,00	80,00	80,00	80,00

**OBJETIVO Nº 1.5** - Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, para promover a qualificação da atenção, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.5.1	Reduzir a taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis na faixa etária de 30 a 69 anos	Taxa de mortalidade prematura de 30 a 69 anos por DCNT	269,14	2017	Taxa	269,06	Taxa	264,71	271,80	274,55	269,06
1.5.2	Ampliar o rastreamento do câncer de colo de útero na população feminina de 25 a 64 anos de idade, promovendo a prevenção e o diagnóstico precoce.	Razão de exames citopatológicos de rastreamento realizados em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de Vitória.	0,52	2017	Razão	0,56	Razão	0,53	0,54	0,55	0,56
1.5.3	Ampliar o rastreamento do câncer de mama na população feminina de 50 a 69 anos de idade, promovendo a prevenção e o diagnóstico precoce.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de Vitória.	0,36	2017	Razão	0,38	Razão	0,36	0,37	0,37	0,38

**OBJETIVO Nº 1.6** - Potencializar a rede de atenção à saúde por meio da reconfiguração da atenção especializada ambulatorial tendo a atenção primária como coordenadora do cuidado.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.6.1	Implantar o serviço de Telemedicina no Município de Vitória	Número de serviços de Telemedicina implantados	0	2017	Número	9	Número	0	0	0	9
1.6.2	Criar Consórcio da Região Metropolitana	Consórcio criado	-	-	Número	1	Número	0	0	0	1
1.6.3	Atualizar a Programação Pactuada e Integrada.- PPI	Programação Atualizada	0	-	Número	1	Número	0	0	1	0

**OBJETIVO Nº 1.7** - Ampliar o acesso da população aos serviços de Práticas Integrativas e Complementares em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e seus dispositivos.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.7.1	Ampliar o número de Práticas Integrativas e Complementares nos (PICS) nos serviços de saúde.	Número de PICS implantadas nos serviços de saúde no ano.	-	-	Número	12	Número	3	3	3	3
1.7.2	Ampliar o número de hortas urbanas comunitárias.	Número de hortas implantadas	6	2017	Número	16	Número	4	4	4	4

**OBJETIVO Nº 1.8** - Aprimorar a atenção à saúde da pessoa idosa, com a organização do cuidado orientado pela capacidade funcional, visando o aumento da resolutividade e a integralidade da atenção.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.8.1	Implantar a avaliação de fragilidade e identificação de vulnerabilidade clínico-funcional da pessoa idosa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Proporção de UBS com avaliação de fragilidade e identificação de vulnerabilidade clínico-funcional da pessoa idosa.	0,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	5,00	15,00	45,00	100,00
1.8.2	Implementar ações de apoio a cuidadores de idosos nas UBS com equipes NASF	Quantitativo de UBS com equipes NASF realizando ações de apoio a cuidadores.	0	2017	Número	7	Número	0	2	2	3

**OBJETIVO Nº 1.9** - Realizar diagnóstico laboratorial com informações precisas e em tempo hábil, contribuindo para a prevenção, detecção precoce e monitoramento de doenças e agravos.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.9.1	Adequar a estrutura física do Laboratório Central Municipal - LMC	Estrutura física do LMC adequada.	0	-	Número	1	Número	0	0	1	0
1.9.2	Implantar os protocolos para realização de exames na Rede Básica, Urgência/Emergência e Especialidades.	Percentual da Rede Básica, Urgência/Emergência e Especialidades utilizando os protocolos para a realização de exames.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	-	-	50,00	100,00
1.9.3	Implantar o Agendamento Online de coleta de exames no Sistema da Rede Bem Estar.	Números de Exames com Agendamento Online	-	-	Número	3	Número	-	-	1	2

**OBJETIVO Nº 1.10** - Viabilizar suporte terapêutico, seguro e eficiente, aos usuários atendidos nos serviços de saúde da rede municipal, com foco no uso racional de medicamentos.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.10.1	Supervisionar a prática da Atenção Farmacêutica nas regiões de saúde	Percentual de farmácias supervisionadas	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.10.2	Manter anualmente índice igual ou superior a 90% de abastecimento de medicamentos de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)	Percentual de abastecimento de medicamentos de acordo com a REMUME	91,51	2017	Percentual	90,00	Percentual	90,00	90,00	90,00	90,00

## DIRETRIZ Nº 2 - 2. FORTALECIMENTO DO SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**OBJETIVO Nº 2.1** - Reduzir os riscos à saúde da população, com ênfase na prevenção de doenças, agravos, acidentes e violência e promoção da saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
2.1.1	Manter os registros de óbitos alimentados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) em tempo oportuno.	Proporção de registros de óbitos alimentados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) em até 60 dias do final do mês de ocorrência	96,00	2017	Percentual	90,00	Percentual	90,00	90,00	90,00	90,00
2.1.2	Manter o registro de nascidos vivos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) em tempo oportuno.	Proporção de registros de nascidos vivos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) em até 60 dias do final do mês de ocorrência	95,00	2017	Percentual	90,00	Percentual	90,00	90,00	90,00	90,00
2.1.3	Alcançar a cobertura vacinal preconizada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) em todas as vacinas ofertadas às crianças menores de 2 anos	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplíce viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

2.1.4	Manter em menos de 5% o percentual de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano.	Proporção dos casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano	4,25	2017	Percentual	5,00	Percentual	0,00	5,00	5,00	5,00
2.1.5	Manter o controle sanitário das Instituições de Longa Permanência para Idosos	Percentual de estabelecimentos inspecionados	0,00	-	Percentual	100,00	Percentual	0,00	100,00	100,00	100,00
2.1.6	Manter em menos de 2% o percentual de infestação do Aedes Aegypti por meio das ações de controle do vetor.	Percentual de infestação predial do Aedes Aegypti no município	1,60	2018	Percentual	2,00	Percentual	1,60	1,30	2,00	2,00
2.1.7	Manter a Vigilância da qualidade da água para consumo humano das amostras coletadas de acordo com parâmetros previstos na Portaria no Anexo da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 05/2017, que substituiu a Portaria GM/MS nº 2.914/2011)	Percentual de amostras analisadas	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.8	Manter cobertura vacinal antirrábica animal (canina e felina)	Proporção de animais vacinados	80,00	2018	Percentual	80,00	Percentual	80,00	-	80,00	80,00
2.1.9	Realizar as atividades de Educação em Saúde e Mobilização Social nos territórios das UBS	Percentual de territórios de saúde com atividades de Educação em Saúde realizadas	0,00	-	Percentual	100,00	Percentual	80,00	100,00	100,00	100,00
2.1.10	Ampliar o número de exames de escarro realizados dos sintomáticos respiratórios de tuberculose, anualmente	Número de exames realizados	1.200	2017	Número	1.440	Número	1.260	1.320	1.380	1.440
2.1.11	Realizar vigilância e análise dos óbitos relacionados aos acidentes de trânsito	Percentual de óbitos relacionados aos acidentes de trânsito terrestre (ATT) no município analisados	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.12	Realizar vigilância e análise dos acidentes de trabalho notificados no município de Vitória	Percentual de acidentes de trabalho notificados analisados	100,00	2017	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.13	Atualizar o Código de Vigilância em Saúde	Código Publicado	-	-	Número	1	Número	0,00	0,00	1	0,00
2.1.14	Controlar o risco sanitário dos estabelecimentos com atividades de alto risco	Percentual de estabelecimentos de alto risco inspecionados anualmente	-	-	Percentual	75,00	Percentual	75,00	75,00	75,00	75,00
2.1.15	Manter o controle sanitário das creches públicas e privadas	Percentual de estabelecimentos inspecionados	-	-	Percentual	100,00	Percentual	0,00	0,00	100,00	100,00
2.1.16	Monitorar os estabelecimentos de assistência à saúde da Rede SEMUS	Percentual de estabelecimentos inspecionados	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
2.1.17	Ampliar a oferta de ações educativas sanitárias para segmentos do setor regulado e população, por meio de projetos realizados	Número de projetos realizados	-	-	Número	26	Número	10	15,00	26,00	26,00

### DIRETRIZ Nº 3 - 3. APRIMORAMENTO DA GESTÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**OBJETIVO Nº 3.1** - Ampliar as ações de tecnologia da informação para contribuir com a modernização da gestão do Sistema Municipal de Saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
3.1.1	Implantar gradativamente o agendamento online em todos os serviços de saúde.	Percentual de serviços de saúde com agendamento online implantado, considerando 35 serviços "porta aberta".	-	-	Percentual	100,00	Percentual	75,00	75,00	80,00	100,00
3.1.2	Ampliar o Projeto Confirma Vitória para a rede municipal de saúde	Percentual de serviços com o "Confirma Vitória" implantado, considerando 35 serviços "porta aberta".	-	-	Percentual	100,00	Percentual	75,00	75,00	80,00	100,00
3.1.3	Desenvolver sistema de monitoramento remoto da dosagem de glicemia dos usuários cadastrados no Programa de Diabetes	Sistema desenvolvido	-	-	Número	1	Número	-	-	-	1
3.1.4	Ampliar a avaliação por SMS para todos os serviços próprios e contratados da rede municipal de saúde.	Percentual de serviços da rede municipal de saúde com avaliação de SMS, considerando 44 serviços.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	-	87,00	90,00	100,00

**OBJETIVO Nº 3.2 - Realizar reforma administrativa da SEMUS**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
3.2.1	Finalizar o diagnóstico para subsidiar a criação de um novo Organograma da Secretaria Municipal de Saúde	Diagnóstico elaborado	-	-	Número	1	Número	-	-	-	1

**OBJETIVO Nº 3.3 - Consolidar o componente municipal de auditoria, enquanto ferramenta de gestão.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
3.3.1	Realizar 100% das auditorias ordinárias	Número de auditorias ordinárias realizadas	6	2017	Número	23	Número	7	6	5	5
3.3.2	Realizar 100% das auditorias extraordinárias	Percentual de auditorias extraordinárias realizadas	-	2018	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
3.3.3	Monitorar 100% das auditorias realizadas	Número de monitoramentos realizados.	-	-	Número	20,00	Percentual	5,00	6,00	5,00	4,00

**OBJETIVO Nº 3.4 - Potencializar a informação como instrumento de gestão**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
3.4.1	Elaborar e publicar documentos (boletins, relatórios e informativos) sobre informações em saúde para subsidiar a gestão pública.	Número de documentos publicados	4	2017	Número	40	Número	10,0	10,0	10,0	10,0
3.4.2	Sistematizar o processo de monitoramento dos indicadores sinalizadores da qualidade da atenção/gestão, em todos os níveis gerenciais da rede SEMUS	Número de indicadores de saúde monitorados	23	2017	Número	23,00	Percentual	23,00	23,00	23,00	23,00
3.4.3	Criar um núcleo para gestão e desenvolvimento do Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (SGIRBE), qualificando-o para uma integração com os demais bancos de dados e sistemas de informação relacionados à saúde	Núcleo criado	0	2017	Número	1	Número	0	0	1	0

#### OBJETIVO Nº 3.5 - Qualificar a gestão da infraestrutura da rede SEMUS

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
3.5.1	Sistematizar o monitoramento das condições físicas em 100% dos serviços de saúde	Percentual de serviços com monitoramento das condições físicas sistematizado	0,00	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
3.5.2	Adequar a estrutura física dos serviços de saúde	Percentual de Contratos monitorados	0,00	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

#### DIRETRIZ Nº 4 - 4. APRIMORAMENTO DA REGULAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

**OBJETIVO Nº 4.1** - Regular o acesso aos procedimentos ambulatoriais especializados, ofertados pela Rede Própria, contratada e pactuados com a SESA (Secretaria Estadual de Saúde).

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
4.1.1	Reduzir o absenteísmo em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados da rede própria e contratada.	Percentual de absenteísmo	21,89	2017	Percentual	20,00	Percentual	20,00	20,00	20,00	20,00
4.1.2	Regular as vagas para telemedicina	Percentual de vagas reguladas	0,00	-	Percentual	20,00	Percentual	-	-	100,00	100,00
4.1.3	Ampliar a produção de regulação e agendamento da Central de Regulação.	Percentual de aumento da produção da Regulação.	-	-	Percentual	50,00	Percentual	-	-	25,00	25,00
4.1.4	Regular o serviço de remoção móvel contratado para urgências básicas, altas hospitalares e internação compulsória.	Percentual de remoções reguladas	-	-	Percentual	100,00	Percentual	-	-	100,00	100,00

**OBJETIVO Nº 4.2** - Aprimorar os instrumentos de controle da produção assistencial e avaliação das ações e serviços de saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
4.2.1	Qualificar os processos de regulação dos serviços especializados	Sistema de informação implantado.	0	-	Número	1	Número	0,00	0,00	0,00	1
4.2.2	Implantar a avaliação do grau de satisfação dos usuários por SMS para os serviços contratados de média complexidade e regulados pela GRCA	Percentual de serviços contratados com a avaliação da satisfação dos usuários por SMS implantada.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	-	-	50,00	50,00
4.2.3	Ampliar o número de registros de procedimentos validados pelo Ministério da Saúde, em serviços já existentes	Número de registros de procedimentos validados pelo Ministério da Saúde	0,00	-	Percentual	50,00	Percentual	-	-	25,00	25,00

#### DIRETRIZ Nº 5 - 5. PROMOÇÃO DA GESTÃO DE PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO, PESQUISA E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO - COMUNIDADE

**OBJETIVO Nº 5.1** - Planejar e executar projetos de formação, qualificação e capacitação voltados aos profissionais de saúde e controle social, visando à melhoria da atenção e assistência do usuário do SUS.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
5.1.1	Capacitar 100% pessoal docente e técnico selecionado para desenvolvimento das atividades formativas	Percentual de facilitadores capacitados	-	2018	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
5.1.2	Formar profissionais de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a saúde.	Número de turmas ofertadas de técnicos nível médio.	-	2016	Número	4	Número	2	0,00	1,00	1,00
5.1.3	Ofertar turma de pós-médio voltada para a linha de cuidado em doenças crônicas não transmissíveis para profissionais de nível médio da RAS, para enfrentamento das DANTs no município.	Número de turma ofertada de pós-médio	-	-	Número	1	Número	0	0	1	0
5.1.4	Desenvolver o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde de Vitória.	Percentual de execução do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde de Vitória.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

**OBJETIVO Nº 5.2** - Gerir o processo de integração ensino-serviço na rede de atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
5.2.1	Regular as ações de integração entre as instituições de ensino e serviços de saúde da SEMUS.	Percentual de ações pactuadas nos termos de cooperação com as IE/serviços, monitoradas pela ETSUS.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	-	100,00	100,00	100,00
5.2.2	Instituir sistema informatizado de monitoramento das ações de ensino e pesquisa na RBE.	Sistema instituído.	-	-	Número	1	Número	0,00	0,00	0,00	1
5.2.3	Ampliar a oferta de campo para a residência em saúde nos serviços, considerando a capacidade instalada.	Percentual de aumento na oferta de campo de prática da residência em saúde.	0,00	-	Percentual	50,00	Percentual	12,00	26,00	12,00	-
5.2.4	Implantar Programas de Residências em Saúde Municipal.	Número de programas de Residências em Saúde Implantados	-	-	Número	1	Número	0,00	0,00	1	0,00
5.2.5	Implementar o Programa Telessaúde nas UBS.	Percentual de UBS que utilizam as diferentes modalidades oferecidas pelo Telessaúde.	0,00	-	Percentual	100,00	Percentual	25,00	25,00	25,00	25,00

**OBJETIVO Nº 5.3** - Integrar a pesquisa na rede SEMUS com as necessidades de qualificação dos serviços e da atenção à saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
5.3.1	Regular e monitorar as pesquisas realizadas na rede SEMUS	Percentual de pesquisas reguladas e monitoradas.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

#### **DIRETRIZ Nº 6 - 6. APRIMORAMENTO DA GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSOS DE TRABALHO NO SUS**

**OBJETIVO Nº 6.1** - Manter o quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória completo, garantindo a devida composição das equipes de trabalho.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
6.1.1	Recomposição do quadro de servidores aposentados, exonerados, falecidos e demais.	Percentual de vagas recompostas.	-	-	Percentual	70,00	Percentual	-	-	70,00	70,00
6.1.2	Revisar, em conjunto com a SEGES e com a Mesa de Negociação, o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) da SEMUS.	PCCV revisado.	-	-	Número	1	Número	-	-	-	1
6.1.3	Monitorar o atendimento e acolhimento de servidores vítimas de violência ou em conflito.	Percentual de servidores acolhidos.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	-	-	100,00	100,00

**OBJETIVO Nº 6.2 - Aprimorar os processos de trabalho relacionados à gestão de pessoas no trabalho em saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
6.2.1	Implantar estratégias de acolhimento e formação inicial para os servidores admitidos nos serviços de saúde do município.	Percentual de servidores admitidos que receberam acolhimento e formação inicial.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	-	-	50,00	100,00

**DIRETRIZ Nº 7 - 7. FORTALECIMENTO DO VÍNCULO ENTRE O CIDADÃO E A REDE DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COM ÊNFASE NA PARTICIPAÇÃO POPULAR, CORRESPONSABILIDADE E TRANSPARÊNCIA****OBJETIVO Nº 7.1 - Aprimorar os mecanismos de participação e controle social, ampliando a participação popular nos espaços instituídos e fóruns de interação entre usuário e serviços de saúde.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
7.1.1	Acompanhar o funcionamento de 100% dos Conselhos Locais de Saúde, fortalecendo a articulação entre os conselhos e as comunidades	Percentual de Conselhos Locais de Saúde acompanhados.	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
7.1.2	Disponibilizar capacitação para 100% dos Conselheiros Municipais e Locais de Saúde em cada novo Biênio	Percentual de vagas ofertadas aos Conselheiros Municipais e Locais de Saúde	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	-	100,00	-
7.1.3	Manter 100% das atividades programadas pelo Conselho Municipal de Saúde e deliberadas no Pleno	Percentual de atividades deliberadas pelo pleno realizadas, com garantia da estrutura necessária	-	-	Percentual	100,00	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
7.1.4	Realizar duas Conferências Municipais de Saúde	Número de conferências realizadas	-	-	Número	2	Número	1	0	1	0

**OBJETIVO Nº 7.2 - Ampliar a participação dos cidadãos na gestão do SUS, fortalecendo o papel da ouvidoria como ferramenta de aprimoramento do Sistema.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
7.2.1	Ampliar o acesso do cidadão aos canais da Ouvidoria.	Número de chamados cadastrados	-	-	Número	12.559	Número	-	-	12.439	12.559
7.2.2	Monitorar as demandas recebidas para cumprimento do prazo de resposta.	Percentual de respostas finalizadas dentro do prazo de cada grupo de resposta	0,00	-	Percentual	94,00	Percentual	-	-	93,00	94,00

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **IDHM** – Índice do Desenvolvimento Humano Municipal, 2012. Disponível em <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013>>. Acessado em: 10 de agosto de 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Centro Gráfico. Senado Federal. Brasília, DF:, 1988.

BRASIL. **Lei Federal nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. DF. 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS /L8080](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS /L8080)>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

BRASIL. **Lei Federal 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Brasília. DF. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101**, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília. DF. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.741**, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília. DF. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

BRASIL. **Lei Federal 10.778**, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília. DF. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

BRASIL. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2004.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.099**, de 03 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Brasília. DF. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

BRASIL. **Resolução CNS/MS nº 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. DF. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

BRASIL. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final.** (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2006.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Ministério da Saúde. Publicada no do **Diário Oficial [da] União** nº 39, de 23 de fevereiro de 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

BRASIL. **Decreto Federal nº 6.286**, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília. DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm). Acesso em: 10 de agosto de 2017.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: DF. Gabinete Do Ministro. Ministério da Saúde. Brasília/DF Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 30 de agosto de 2017.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 13**, de 08 de janeiro de 2008. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão – TCG e publica os Termos dos Limites Financeiros Globais. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 30 de agosto de 2017.

BRASIL. **Saúde na escola.** Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2009.

BRASIL. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2ª ed. Brasília/DF, 2009.

BRASIL. **Guia de Vigilância Epidemiológica do óbito materno.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2009.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 3.462**, de 11 de novembro de 2010. Estabelece critérios para alimentação dos bancos de dados nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

BRASIL. **Decreto Presidencial n.º 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do

Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília/DF. 2011. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.600**, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2.073**, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Ministério da Saúde. Brasília/DF Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2.546**, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 141**, de 13 de janeiro de 2012. Brasília: DF, 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.ºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2.135**, de 25 de setembro de 2013. Brasília: DF. Estabelece diretriz para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.014**, de 30 de setembro de 2015. Habilita Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas – CAPS AD III, Unidades de Acolhimento Adulto – UAA, Unidade de Acolhimento Infante – Juvenil – UAI e Serviços Hospitalares de Referência. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de agosto de 2017.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2009 a 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2016

BRASIL. **Saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2016.

BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. 1ª.ed. atualização 2016. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2016.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.055**, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2017.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2.148**, de 28 de agosto de 2017. Estabelece o início do envio de dados de serviços da Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e encerra o envio de dados para o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI). Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 30 de setembro de 2017.

BRASIL. **PMAQ**: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e Nasf 3º ciclo. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: DF. 2017.

**CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Ciência. Saúde Coletiva., v.8, n.2, p.569-84, 2003.

ESPÍRITO SANTO. **PDR - Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Espírito Santo**. Vitória, 2011. Secretaria de Estado da Saúde/ES. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR>>. Acessado em: 30 de agosto de 2016.

ESPÍRITO SANTO. **Resolução TCEES nº 221**, de 07 de dezembro de 2010. Dispõe sobre orientação e fiscalização das questões patrimoniais nos jurisdicionados do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo. Publicado no Diário Oficial

Eletrônico (DOEL) do TCEES em 08 de maio de 2013. Alterada pela Resolução TC nº 280/2014 – DOEL TC 19.11.2014. Revogada pela Instrução Normativa TC nº 036, DOEL-TCEES 24.02.2016 -Edição nº 597, p.1. Disponível em: <https://www.tce.es.gov.br/biblioteca/legislacao/normas-internas/resolucoes/>. Acessado em: 18 de setembro de 2017.

ESPÍRITO SANTO. **Resolução TCEES nº 247**, de 18 de setembro de 2012. Regulamenta a remessa ao Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo - TCEES, por meio da internet, dos dados da abertura do exercício e da prestação de contas bimestral das entidades municipais da administração direta e indireta regidas pela Lei Federal nº. 4.320/64 e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial Eletrônico (DOEL) do TCEES em 25 de setembro de 2012 e republicado em 16 de outubro de 2012. Disponível em: <https://www.tce.es.gov.br/biblioteca/legislacao/normas-internas/resolucoes/>. Acessado em: 18 de setembro de 2017.

ESPÍRITO SANTO. **INSTRUÇÃO NORMATIVA TC 28**, de 26 de novembro de 2013. Altera a Instrução Normativa TC 34, de 2 de junho de 2015, que regulamenta a remessa ao Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, por meio da internet, dos dados da prestação de contas anual das entidades municipais da administração direta e indireta regidas pela Lei 4.320, de 17 de março de 1964. O TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (TCEES), no uso das competências que lhe são conferidas pelo art. 71 c/c art. 75 da Constituição Federal (CF), pelo art. 71 da Constituição Estadual (CE) e pelos arts.1º e 2º da Lei Complementar Estadual 621, de 8 de março de 2012. Publicado no Diário Oficial Eletrônico (DOEL) do TCEES, em 09 de novembro de 2016. Edição nº 766, p. 5. Disponível em: <https://www.tce.es.gov.br/biblioteca/legislacao/normas-internas/instrucoes/> Acessado em: 18 de setembro de 2017.

ESPÍRITO SANTO. **INSTRUÇÃO NORMATIVA TC 40**, de 8 de novembro de 2016. Altera a Instrução Normativa TC 34, de 2 de junho de 2015, que regulamenta a remessa ao Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, por meio da internet, dos dados da prestação de contas anual das entidades municipais da administração direta e indireta regidas pela Lei 4.320, de 17 de março de 1964. O TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (TCEES), no uso das competências que lhe são conferidas pelo art. 71 c/c art. 75 da Constituição Federal(CF), pelo art. 71 da Constituição Estadual (CE) e pelos arts.1º e 2º da Lei Complementar Estadual 621, de 8 de março de 2012. Publicado no Diário Oficial Eletrônico (DOEL) do TCEES, em 09 de novembro de 2016. Edição nº 766, p. 5.

IBGE. **Censo Demográfico 2010** - características gerais da população. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>>. Acessado em: 30 de agosto de 2016.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar PeNSE**. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais - Gerência de Estudos e Pesquisas Sociais. 2015.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: Trimestral PNAD Contínua. Taxa de desocupação, 2º trimestre de 2017.

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Dados educacionais do Município de Vitória – ES**. Disponível em: <qedu.org.br>. 2015.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Perfil da pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CadÚnico 2016**. Vitória, ES. 2016. Disponível em: <<http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/4812-perfil-da-pobreza-no-espírito-santo-familias-inscritas-no-cadunico-2016>>. Acesso em: 18 de setembro 2017.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Dados sociais do Município de Vitória – ES**. Vitória/ES. Disponível em: <[www.ijsn.es.gov.br/assuntos/cadunico](http://www.ijsn.es.gov.br/assuntos/cadunico)>. Acesso em: 15 setembro 2017.

MALTA e SILVA JÚNIOR. O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Revista Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22 (1): 151-164, jan-mar 2013.

MENDES, E.V – **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília DF, 2ª Edição 2010.

MENDES GONÇALVES, R. B. A. **Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde**. Relatório de Seminário. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Ministério da Saúde. Brasília/DF.1993.

OMS (Organização Pan-americana de Saúde). **Plano Global para o Combate à Tuberculose: 2011 – 2015**. Genebra: OMS. 2016.

OPAS. **Atenção Farmacêutica no Brasil**: “Trilhando Caminhos”. Proposta Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Brasília: DF. 2002.

PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. de A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Casa da Qualidade Editora, Salvador, 2000.

PAIM. JAIRNILSON S. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia e ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi. Guanabara Koogan, 6ª Edição. 2003, p. 567.

REVISTA FINANÇAS DOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS. Aequus Consultorial. Vitória/ES, Ano 2017. Disponível em: <[http://aequus.com.br/anuarios/capixabas\\_2017.pdf](http://aequus.com.br/anuarios/capixabas_2017.pdf)>. Acesso em 20 out. 2017.

VITÓRIA. Lei nº 5.983, de 06 de agosto de 2001. Altera a Lei 9051 e dispõe sobre a desconcentração administrativa do Poder Executivo Municipal de Vitória. **Diário Oficial do Município de Vitória**. Vitória/ES. 07 de agosto de 2001. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/legislacao.php>> Acesso em: 23 de novembro e 2017.

VITÓRIA. Lei nº 10.951 de 01 de outubro de 2003. Institui o Sistema Municipal de Auditoria em Saúde. **Diário Oficial do Município de Vitória**. Vitória/ES. 02 de outubro de 2003. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/legislacao.php> > Acesso em: 23 de novembro e 2017.

VITÓRIA. **Lei nº 6.077**, de 29 de dezembro de 2003. Regulamenta a organização do Município em bairros e dá outras providências. Vitória, ES: 2003. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br>>. Acessado em: 30 de agosto de 2016.

VITÓRIA. Lei nº 6.606, de 05 de junho de 2006. Regulamenta e estrutura o Conselho Municipal de Saúde – CMS e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Vitória**, A Tribuna, 06 de junho. 2006. Vitória/ES. 2006. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2006/L6606.PDF>>. Acesso em: 20 setembro 2017.

VITÓRIA. **Lei nº 6.705**, de 13 de outubro de 2006. Institui o Plano Diretor Urbano do Município de Vitória e dá outras providências. Vitória, ES: 2006. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br>>. Acessado em: 30 de agosto de 2017.

VITÓRIA. **Lei n.º 7.534/2008**. Processo Seletivo Simplificado. Secretaria Municipal de Administração (SEMAD). Prefeitura de Vitória/ES. 2008

VITÓRIA. **Decreto 15.489**, de 10 de setembro de 2012. Estabelece a forma de organização e regulamenta o funcionamento das unidades administrativas da Secretaria de Saúde e dá outras providências. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL. Revoga os Decretos nºs 12.632, de 13 de janeiro de 2006, e 13.031, de 09 de novembro de 2006. Alterado pelo Decreto nº 15.674/13. Disponível em: <http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/resultado.cfm>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

VITÓRIA. Decreto 15.990 de 14 de maio de 2014. Cria a subcomissão de Gestão e Análise de Acidentes Graves e Fatais do Projeto Vida no Trânsito. **Diário Oficial do Espírito Santo**, Vitória 26 de maio de 2014. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/legislacao.php> > Acesso em 24 de setembro e 2017.

VITÓRIA. **Portaria Conjunta nº 004**, de 08 de outubro de 2014. Institui o Grupo de Trabalho com a finalidade de definir os procedimentos administrativos para readequação das novas rotinas, visando a efetivação da Desconcentração Administrativa do Município de Vitória. Vitória/ES, 2014. Disponível em: <http://sistemas.vitoria.es.gov.br>. Acessado em: 30 de agosto de 2017.

VITÓRIA. Decreto nº 16.127 de 02 de outubro e 2014 em cumprimento ao disposto do art.4º da lei 6.606 de 05 de junho de 2006 nomeia os Conselheiros Municipais de Saúde. **Diário Oficial do Município de Vitória**, Vitória 07 de outubro de 2014. Disponível em: < <http://www.vitoria.es.gov.br/legislacao.php> > Acesso em 24 de novembro e 2017.

VITÓRIA. Decreto nº 16.372, de 30 de julho de 2015 e alterações. Dispõe sobre medidas que visem o reestabelecimento do equilíbrio econômico e financeiro no âmbito da Administração Direta e Indireta e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Vitória**, Vitória 07 de outubro de 2014. Disponível em: < <http://www.vitoria.es.gov.br/legislacao.php> > Acesso em: 24 de setembro e 2017.

VITÓRIA. **Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES**. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Vitória/ES. 2016.

VITÓRIA. **Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE) nº 03205304364**. Vitória/ES. 2017.

WENDHAUSEN, Agatha; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (6):1621-1628, nov-dez, 2002.

## ANEXO 1



**Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde**

**PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ CARVALHO DE NORONHA**

**SECRETÁRIO**

**ANEXO**

<b>LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>		
<b>Grupo</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>CID 10</b>
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64

<b>Grupo</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>CID 10</b>
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46

<b>Grupo</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>CID 10</b>
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75

<b>Grupo</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>CID 10</b>
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

## ANEXO 2

**Relação de Recursos Humanos da Rede SEMUS Vitória por categoria profissional, novembro 2017.**

Cargo	Quantitativo	Cargo	Quantitativo
Auxiliar de Enfermagem	431	Administrador	7
Médico	385	Auxiliar de Serviços Gerais	7
Agente Comunitário de Saúde	380	Biólogo	7
Assistente Administrativo	275	Guarda de Endemia	7
Enfermeiro	225	Médico Veterinário	7
Técnico de Enfermagem	224	Arteterapeuta	6
Agente de Combate à Endemias	189	Nutricionista	5
Cirurgião - dentista	152	Musicoterapeuta	4
Auxiliar de Consultório Dentário	107	Contador	3
Assistente Social	102	Agente de Saúde Pública	2
Comissionário	102	Arquiteto	2
Farmacêutico	87	Auxiliar de Erradicação de Insetos	2
Agente de Suporte Operacional	80	Auxiliar de Prótese Dentária	2
Auxiliar de Laboratório	77	Sanitarista	2
Psicólogo	77	Técnico de Prótese Dentária	2
Assistente de Farmácia	52	Técnico de Segurança do Trabalho	2
Motorista	47	Técnico Educacional	2
Agente de Vigilância Sanitária	46	Agente de Suporte Operacional - Agente de Segurança	1
Técnico Esportivo	41	Auditor Interno	1
Técnico em Higiene Dental	33	Auxiliar de Saneamento	1
Técnico de Laboratório	26	Auxiliar Operacional de Serviços Diversos	1
Professor de Educação Básica	23	Bibliotecário	1
Auxiliar Administrativo	21	Economista	1
Atendente	20	Estatístico	1
Terapeuta Ocupacional	15	Laboratorista	1
Fonoaudiólogo	13	Oceanógrafo	1
Fisioterapeuta	12	Técnico de Serviços Especializados	1
Auxiliar de Serviços Médicos	9	Técnico em Administração	1
Auxiliar de Veterinária	8	Técnico em Edificações	1
Engenheiro	8	Visitadora Sanitária	1
<b>Total</b>			<b>3.349</b>

Fonte: SIGEP/PMV, Relatório dos Servidores da SEMUS/GTES de 18/10/2017.

