



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

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022 - 2025

Guarapari-ES
Agosto de 2021

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPARI

Edson Magalhães – Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Alessandra Santos Albani Gaigher – Secretária

Gabriela Vizzoni Mezdri – Secretária Adjunta

**Região Administrativa do Estado
Região Metropolitana***

Endereço da Prefeitura: Rua Alencar Moraes de Rezende, nº 100
Jardim Boa Vista, CEP: 29217-900

Endereço da Secretaria: Rua Adamastor Antônio da Silva, Muquiçaba
CEP: 29217-900

** Classificação de Regiões do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo - 2021.*

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

(Decreto Nº 383/2021, de 16 de abril de 2021)

Equipe Técnica

JULIO CEZAR GOMES PINTO

Supervisão Técnica de Administração e Planejamento - Presidente

LORENA SANTOS DA SILVA

Gerência de Vigilância Ambiental - Secretária

ALESSANDRA MERIGUETE SIMÕES

Diretoria Geral da UPA - Membro

PRISCILA RODRIGUES BAETA DA COSTA

Supervisão de Serviços Ambulatoriais - Membro

GABRIELA VIZZONI MEZADRI

Supervisão Técnica de Atenção à Saúde - Membro

GLEYSSON PESSALI ANTUNES

Supervisão do Fundo Municipal de Saúde

LUCINEIDE BATISTA MOTA REISINGER

Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde - Membro

GRUPO DE TRABALHO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
(Resolução CMS nº 017/2021, de 16 de Junho de 2021)

Conselheiros

LUCIELY RAVANI LIBERATO

RITA PADOVAN

PAULO ORNELAS DE ARAUJO GOES

MARA LUCIA PERINI DILLEM

COLABORAÇÃO

MANSOUR CADAIS FILHO

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

ÍNDICE

| ITEM | PÁGINA |
|-----------------------------------------------|---------------|
| 1. INTRODUÇÃO | 7 |
| 1.1. Fundamentação Legal | 8 |
| 1.2. Contexto Histórico | 12 |
| 2. ANÁLISE SITUACIONAL | 15 |
| 2.1. Condições de Saúde da População | 15 |
| 2.1.1. Aspectos Demográficos | 15 |
| 2.1.2. Crescimento Populacional | 18 |
| 2.1.3. Situação Epidemiológica | 23 |
| 2.1.3.1. Morbidade | 23 |
| 2.1.3.2. Mortalidade | 46 |
| 2.1.3.3. Grupos e Intervenções Específicos | 49 |
| 2.1.3.3.1. Saúde da Mulher | 49 |
| 2.1.3.3.2. Saúde do Homem | 51 |
| 2.1.3.3.3. Saúde do Idoso | 52 |
| 2.1.3.3.4. Saúde Bucal | 53 |
| 2.1.3.3.5. Saúde Mental | 56 |
| 2.1.3.3.6. Tabagismo | 60 |
| 2.1.3.3.7. Imunização | 61 |
| 2.1.3.4. Vigilância em Saúde | 64 |
| 2.1.3.4.1. Vigilância Epidemiológica | 65 |
| 2.1.3.4.2. Vigilância Ambiental | 66 |
| 2.1.3.4.3. Vigilância Sanitária | 84 |
| 2.1.3.4.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador | 86 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.1.3.5. Atenção Primária | 90 |
| 2.1.3.5.1. Estratégia de Saúde da Família e Equipe de Atenção Básica | 93 |
| 2.1.3.5.2. Territórios Sanitários | 94 |
| 2.1.3.6. Estabelecimentos de Saúde | 100 |
| 2.1.3.7. Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA | 102 |
| 2.1.3.8. Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada | 104 |
| 2.1.3.9. Assistência Farmacêutica | 112 |
| 2.1.3.10. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) | 117 |
| 2.1.3.11. Corpo de Bombeiros Militar | 118 |
| 2.2. Aspectos socioeconômicos | 120 |
| 2.2.1. Índice de Desenvolvimento Humano – IDHM | 121 |
| 2.2.2. Indicadores de Alfabetização | 123 |
| 2.3. Gestão em Saúde | 125 |
| 2.3.1. Descentralização | 125 |
| 2.3.2. Recursos Humanos | 126 |
| 2.3.3. Planejamento | 127 |
| 2.3.4. Financiamento | 128 |
| 2.3.5. Informação em Saúde | 132 |
| 2.3.6. Participação Social | 135 |
| 2.3.7. Ouvidoria da Saúde | 137 |
| 3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS | 141 |
| 3.1. Diretriz Municipal I | 141 |
| 3.1. Diretriz Municipal II | 146 |
| 3.1. Diretriz Municipal III | 147 |

| | |
|----------------------------|-----|
| 3.1. Diretriz Municipal IV | 149 |
| 3.1. Diretriz Municipal V | 150 |
| ANEXO | 152 |

1. INTRODUÇÃO

O presente Plano Municipal de Saúde (PMS) estabelece, a partir da análise situacional do município de Guarapari, do levantamento das necessidades de saúde da sua população e do estudo da capacidade municipal de oferta de ações e serviços para o seu atendimento, como principal ferramenta de planejamento para o período de 2022 a 2025.

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

A elaboração deste plano envolveu os diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, o qual participou de forma contundente na sua elaboração de forma compatibilizada com o Plano Estadual do Estado do Espírito Santo 2020-2023 e orientando-se pelas Diretrizes e Objetivos Nacionais configurados no Plano Nacional de Saúde 2020-2023.

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

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

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

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

- Ø Definição de responsabilidade a respeito do documento inicial e coordenação dos trabalhos;
- Ø Rodas de discussão com a equipe, Conselheiros de Saúde e Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;
- Ø Realização da 1ª Consulta Pública para Elaboração de Propostas do PMS;
- Ø Elaboração do documento inicial;
- Ø Apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

1.1. Fundamentação Legal

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

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

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

Entre os princípios organizacionais verifica-se a descentralização de meios e responsabilidades, além da participação social na elaboração e controle da política nacional. No âmbito Nacional, a Lei nº 8.808/90 observa que o Conselho Nacional de Saúde deve estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos de Saúde e a Lei Complementar nº 141/2012, no artigo 30, § 4º, reforma que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

O Decreto nº 7.508/2011, o qual regulamentou a Lei nº 8.080/90, versa que o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa são elementos da organização do SUS como forma de assegurar a sua operacionalização de forma regionalizada e hierarquizada. Foi o Decreto que definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

De acordo com o novo Plano Diretor de Regionalização – PDR 2020, aprovado pela Resolução CIB-ES 153/2020, o Município de Guarapari está situado na Região de Saúde Metropolitana, junto a outros 22 municípios, a saber: Afonso Cláudio, Aracruz, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Ibirapu, Itaguaçu, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória. Esta Região de Saúde possui uma população total de 2.410.051 (dois milhões, quatrocentos e dez mil e cinquenta e um) habitantes, sendo mais de 90% (noventa por cento) estabelecida na zona urbana. A ocupação do território da região metropolitana se deu principalmente às margens das vias fluviais com uma população imigrante muito forte. Além da composição étnica por parte de portugueses, índios e negros, destacam-se os italianos e alemães, principalmente.

1.2. Contexto Histórico

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

Em 1569, o Padre José de Anchieta percorreu as terras do Espírito Santo como visitador dos jesuítas, encarregado de estabelecer novas aldeias para a catequese dos índios. Nesta ocasião ficou determinado que fosse fundado numa dessas povoações Guarapari. A localização era totalmente favorável, pois julgavam por bem fundar aldeias e residências sempre às margens dos rios ou embocaduras, facilitando assim as entradas que necessitavam fazer a procura de novas levas selvagens.

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

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

Tupiniquins, tornando a aldeia uma das mais prósperas. Assim surgiu Guarapari, à sombra da fé, do sentimento e do amor ao próximo.

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

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

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

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

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

Fontes:

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

Site da Prefeitura Municipal de Guarapari – www.guarapari.es.gov.br

2. ANÁLISE SITUACIONAL

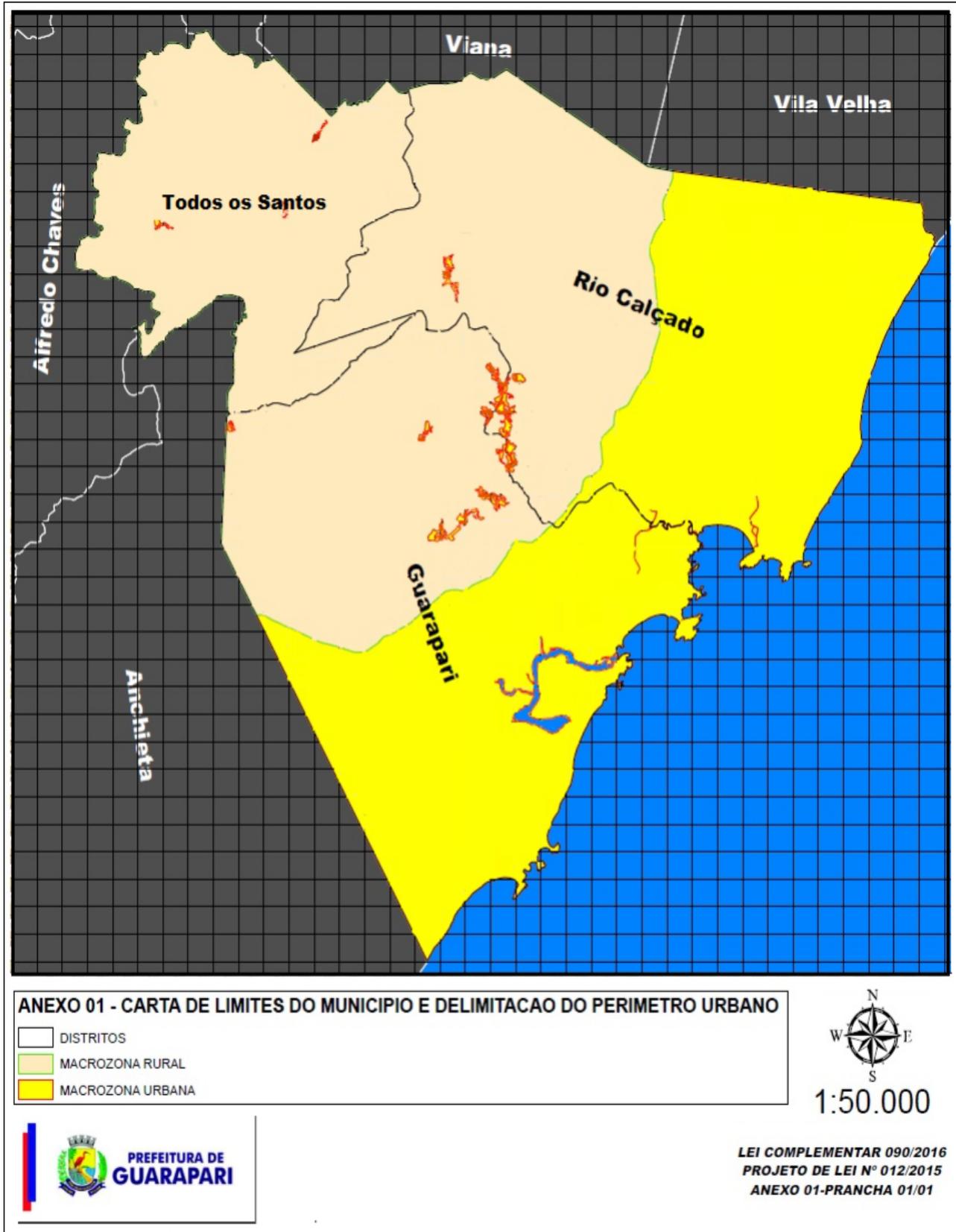
2.1. Condições de Saúde da População

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

2.1.1. Aspectos Demográficos

Situado no litoral sul capixaba a 53 km da capital do Estado do Espírito Santo, o Município de Guarapari é o 8º do Estado em número de habitantes, de acordo com a Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas do Ministério da Saúde. Possui uma área de 592,23 km² com uma população de 126.701 habitantes (2020), segundo estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE (TABNET-DATASUS), correspondendo a uma densidade demográfica de 214 hab/Km². Entretanto, esse número oscila durante o ano, ampliando consideravelmente devido à recepção de turistas e visitantes nos fins de semana e à população operária das construtoras e indústrias dos municípios vizinhos.

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



Município: Guarapari

Gentílico: Guarapariense

Estado: Espírito Santo

Localização:

Altitude – 15 m

Latitude Sul – 20° 40' 15”

Longitude Oeste – 40° 29' 56”

Área – 592,23 Km²

Bioma: Mata Atlântica

População Residente: 126.701 habitantes (Estimativa MS-2020)

Mesorregião: Litoral Sul Espírito-Santense

Região de Saúde: Metropolitana

Distritos: Guarapari, Rio Calçado e Todos os Santos

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

Ato de Criação do Município: Decreto nº 53

Data de Criação do município: 11/11/1890

Data de Instalação: 19/09/1891

Fonte: IBGE / IJSN

2.1.2. Crescimento Populacional

Entre 2018 e 2019, a população de Guarapari cresceu a uma taxa média anual de 1,5%, menor que o registrado no período de 2015 a 2016, quando apresentou a taxa de 1,76% ao ano. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estima que o Brasil teve um crescimento populacional a uma taxa de 0,79% ao ano, apresentando queda do crescimento quando comparado ao período 2017/2018, conforme a Projeção da População 2018 (IBGE, 2021).

De acordo com o IBGE (2021), as estimativas populacionais municipais são um dos parâmetros utilizados pelo Tribunal de Contas da União para o cálculo do Fundo de Participação de Estados e Municípios e são referência para vários indicadores sociais, econômicos e demográficos.

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE), demonstra que a população de Guarapari cresceu em 18.986 habitantes, passando de 107.715 em 2010 para 126.701 em 2020.

Este incremento anual da população no município de Guarapari se deve muito aos fluxos migratórios de Regiões e Estados vizinhos, por conta da busca de oportunidade de emprego e melhoria da qualidade de vida, conforme pesquisas realizadas anteriormente.

TABELA 1 – População residente por ano. Guarapari, 2010-2020.

| População residente segundo Ano Município: 320240 Guarapari Período: 2010-2020 | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|
| Ano | População residente | |
| 2010 | 107.715 | |
| 2011 | 109.603 | |
| 2012 | 111.500 | |
| 2013 | 113.408 | |
| 2014 | 115.354 | |
| 2015 | 117.321 | |
| 2016 | 119.209 | |
| 2017 | 121.073 | |
| 2018 | 122.982 | |
| 2019 | 124.859 | |
| 2020 | 126.701 | |

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE - 2000 a 2020.

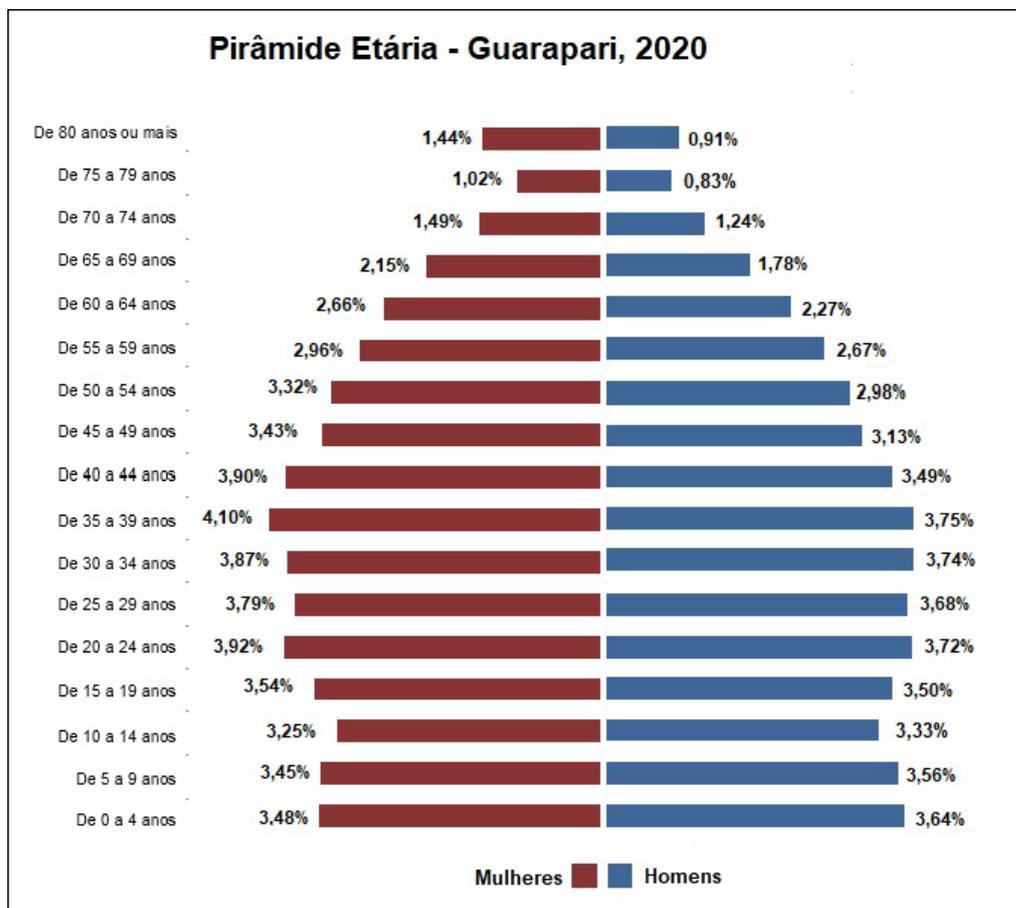
TABELA 2 – População residente por faixa etária e sexo. Guarapari, 2020.

| População residente por Sexo segundo Faixa Etária 2 Município: 320240 Guarapari Período: 2020 | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Faixa Etária 2 | Masculino | Feminino | Total |
| TOTAL | 61.101 | 65.600 | 126.701 |
| De 0 a 4 anos | 4.607 | 4.405 | 9.012 |
| De 5 a 9 anos | 4.510 | 4.373 | 8.883 |
| De 10 a 14 anos | 4.218 | 4.123 | 8.341 |
| De 15 a 19 anos | 4.433 | 4.479 | 8.912 |
| De 20 a 24 anos | 4.719 | 4.967 | 9.686 |
| De 25 a 29 anos | 4.668 | 4.799 | 9.467 |
| De 30 a 34 anos | 4.743 | 4.904 | 9.647 |
| De 35 a 39 anos | 4.749 | 5.191 | 9.940 |
| De 40 a 44 anos | 4.426 | 4.937 | 9.363 |
| De 45 a 49 anos | 3.972 | 4.352 | 8.324 |
| De 50 a 54 anos | 3.773 | 4.209 | 7.982 |
| De 55 a 59 anos | 3.378 | 3.756 | 7.134 |
| De 60 a 64 anos | 2.882 | 3.373 | 6.255 |
| De 65 a 69 anos | 2.250 | 2.726 | 4.976 |
| De 70 a 74 anos | 1.567 | 1.882 | 3.449 |
| De 75 a 79 anos | 1.051 | 1.297 | 2.348 |
| De 80 anos ou mais | 1.155 | 1.827 | 2.982 |

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE – 2000 a 2020.

Em relação à composição *Faixa Etária por Sexo*, o Ministério da Saúde-2020 demonstrou a existência de 61.101 pessoas sexo masculino (48,22%) e 65.600 pessoas do sexo feminino (51,78%) no ano de 2020.

Os dados da tabela elaborada pelo Ministério da Saúde mostram a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população guarapariense, o que reflete, principalmente, a redução dos níveis de fecundidade de jovens e o aumento da perspectiva de vida e fluxo migratório de idosos para o Município resultante da qualidade de vida proporcionada pela cidade. De forma geral, o município de Guarapari se iguala aos demais das regiões Sudeste e Sul, os quais se encontram mais adiantadas no processo de transição demográfica e apresentam os maiores índices. Considerando os dados do Ministério da Saúde, a taxa de envelhecimento da população de Guarapari em 2020 foi de 76,27%. De acordo com o DATASUS, é comum que, para o cálculo deste indicador, sejam consideradas idosas as pessoas de 65 e mais anos. No entanto, para manter a coerência com os demais indicadores e para atender à Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994), utiliza-se o parâmetro de 60 e mais anos.

GRÁFICO 1 – Pirâmide etária relativa por sexo e idade. Guarapari, 2020.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

A *Pirâmide Etária* do Município aponta para um estreitamento do ápice (população acima de 60 anos) e um claro crescimento de pessoas na faixa etária acima de 80 anos. Diferente do observado no Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2018-2021 a pirâmide construída a partir dos dados levantados pelo Ministério da Saúde revela que há um notável envelhecimento da população. A população adulta, entre a faixa etária de 20 a 44 anos apresentou maior crescimento em comparação aos anos anteriores, embora apresente equilíbrio na distribuição por sexo.

TABELA 3 – Informações sobre nascimento nos últimos cinco anos. Guarapari, 2016-2020.

| Condições | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Estimativa Populacional | 119.209 | 121.073 | 122.982 | 124.859 | 126.701 |
| Número de nascidos vivos | 1743 | 1772 | 1798 | 1786 | 1794 |
| Taxa bruta de natalidade | 14,34 | 14,38 | 14,62 | 14,40 | 14,09 |
| % de prematuridade (*) | 9,62 | 10,49 | 10,06 | 10,95 | 10,56 |
| % de partos cesáreos | 54,96 | 54,06 | 50,16 | 55,78 | 57,72 |
| % de partos normais | 45,03 | 45,93 | 49,83 | 43,71 | 42,6 |
| Mães de 10-14 anos | 10 | 19 | 14 | 7 | 15 |
| Mães de 15-19 anos | 278 | 262 | 268 | 280 | 229 |
| % com baixo peso ao nascer (**) | 8,49 | 7,9 | 7,61 | 8,34 | 7,61 |
| Mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), 2020 | | | | | 37.752 |
| Proporção da população feminina em idade fértil (%), 2020 | | | | | 57.54% |

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE. TABNET. Acesso em 27/04/2021

Notas:

Dados preliminares do SINASC;

(*) % Prematuridade: <=36 semanas de gestação;

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

O total de nascidos vivos no Município de Guarapari manteve-se constante nos anos de 2016 a 2020, sendo a proporção dos partos cesáreos maior em relação aos partos normais.

A taxa de natalidade geral para o Município no ano de 2020 foi de 14,09 por 1.000 habitantes (*Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC*).

2.1.3. Situação Epidemiológica

2.1.3.1. Morbidade

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

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

- a) A associação com as condições de vida da população relacionadas à pobreza, educação, moradia, limitações no acesso a serviços de saúde, onde se pode destacar a tuberculose, hanseníase, dengue, chikungunya e as doenças diarreicas;
- b) As dificuldades nas medidas de controle, destacando-se a dengue, chikungunya violência interpessoal (com destaque à violência doméstica e violência sexual) ou a autoprovocada, e intoxicação exógena, e, no ano de 2020, com evidência a covid-19;

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

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

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

O quadro a seguir apresenta a série histórica de 2017 a 2020 com a evolução das principais doenças imunopreveníveis, transmissíveis e agravos no Município de Guarapari. Esta limitação de anos foi definida como estratégia para verificação da evolução dos agravos registrados nos últimos anos do Plano Municipal de Saúde anterior.

TABELA 4 - Frequência por ano da notificação segundo agravos compulsórios. Guarapari, 2017-2020. (*)

| AGRAVO | NOTIFICADOS | | | | TOTAL | CONFIRMADOS | | | | TOTAL |
|---------------------------------------------------------|-------------|------|------|-------|--------------|-------------|------|------|------|-------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | |
| COVID-19 | 0 | 0 | 0 | 22485 | 22485 | 0 | 0 | 0 | 7225 | 7225 |
| ATENDIMENTO ANTIRRABICO** | 616 | 720 | 729 | 414 | 2479 | 616 | 720 | 729 | 414 | 2479 |
| DENGUE | 124 | 130 | 1976 | 367 | 2597 | 12 | 17 | 1262 | 84 | 1375 |
| SÍFILIS ADQUIRIDA | 170 | 231 | 245 | 168 | 814 | 170 | 230 | 245 | 168 | 813 |
| INTOXICAÇÃO EXÓGENA | 139 | 173 | 203 | 141 | 656 | 139 | 173 | 203 | 141 | 656 |
| VIOLÊNCIA DOMÉSTICA | 169 | 170 | 172 | 88 | 598 | 169 | 170 | 172 | 88 | 598 |
| VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA | 0 | 136 | 184 | 84 | 404 | 0 | 136 | 184 | 84 | 404 |
| SÍFILIS EM GESTANTE | 47 | 105 | 106 | 112 | 370 | 47 | 105 | 106 | 112 | 370 |
| TUBERCULOSE | 58 | 56 | 49 | 54 | 217 | 58 | 56 | 49 | 54 | 217 |
| ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO | 57 | 44 | 63 | 32 | 196 | 57 | 44 | 63 | 32 | 196 |
| CHIKUNGUNYA | 17 | 28 | 48 | 267 | 360 | 3 | 6 | 16 | 156 | 181 |
| ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHETOS | 57 | 53 | 31 | 23 | 164 | 57 | 53 | 31 | 23 | 164 |
| VIOLÊNCIA SEXUAL | 31 | 25 | 48 | 37 | 141 | 31 | 25 | 48 | 37 | 141 |
| HIV | 37 | 21 | 22 | 18 | 98 | 37 | 21 | 22 | 18 | 98 |
| HEPATITE C | 31 | 28 | 23 | 11 | 93 | 31 | 26 | 22 | 9 | 88 |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| VIOLÊNCIA / OUTRAS | 70 | 0 | 0 | 0 | 70 | 70 | 0 | 0 | 0 | 70 |
| AIDS | 24 | 13 | 13 | 19 | 69 | 24 | 13 | 13 | 19 | 69 |
| SÍFILIS CONGÊNITA | 24 | 25 | 17 | 15 | 81 | 23 | 13 | 17 | 15 | 68 |
| HEPATITE B | 25 | 15 | 19 | 8 | 67 | 25 | 15 | 18 | 4 | 62 |
| HANSENÍASE | 9 | 14 | 11 | 12 | 46 | 9 | 14 | 11 | 12 | 46 |
| HEPATITE B CICATRIZ | 0 | 17 | 12 | 1 | 30 | 0 | 17 | 12 | 1 | 30 |
| ESQUISTOSSOMOSE | 3 | 7 | 11 | 2 | 23 | 3 | 7 | 11 | 2 | 23 |
| CRIANÇA EXPOSTA AO HIV | 7 | 5 | 3 | 6 | 21 | 7 | 5 | 3 | 6 | 21 |
| ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE | 1 | 1 | 3 | 15 | 20 | 1 | 1 | 3 | 15 | 20 |
| GESTANTE HIV | 3 | 7 | 2 | 5 | 17 | 3 | 7 | 2 | 5 | 17 |
| SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO | 8 | 6 | 0 | 0 | 14 | 8 | 6 | 0 | 0 | 14 |
| TOXOPLASMOSE | 2 | 14 | 0 | 1 | 17 | 1 | 9 | 0 | 1 | 11 |
| MENINGITE | 6 | 4 | 8 | 4 | 22 | 2 | 2 | 5 | 1 | 10 |
| EVENTO ADVERSO PÓS VACINAL | 23 | 13 | 1 | 0 | 37 | 7 | 1 | 0 | 0 | 8 |
| HEPATITE A CICATRIZ | 0 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 | 0 | 8 |
| ZIKA | 19 | 37 | 23 | 14 | 93 | 2 | 1 | 4 | 1 | 8 |
| TOTAL | 1777 | 2098 | 4030 | 24403 | 32307 | 1612 | 1893 | 3259 | 8727 | 15490 |

Fonte: SINAN-MS/ESUS-VS. Acesso em 25/04/2021.

LEGENDA

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

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

 Agravos com maior frequência de notificações

Em relação ao número de casos confirmados, os agravos/doenças que lideraram a série histórica apresentada, com exceção do COVID-19 que passou a constar na lista de agravos no ano de 2020, foram Dengue (23,55%), Sífilis Adquirida (13,93%), Intoxicações Exógenas (11,23%) e Violência Doméstica (10,26%).

Observa-se aumento nas violências autoprovocadas e domésticas, as quais tiveram destaque na lista de doenças/agravos, sendo as que mais acometeram a população de Guarapari entre os anos de 2017 e 2019, ainda que tenha havido considerável redução nas notificações de 2020. Tal redução nas notificações coincide com a situação de pandemia pelo Sars-COV2 vivida no ano de 2020.

De forma geral, os dados mostram um crescimento constante no número de casos ao mesmo tempo em que se observa o crescimento populacional de residentes no mesmo período.

As limitações apontadas quanto aos critérios de notificação de casos interferem na interpretação dos dados.

TABELA 5 – Frequência de notificações de agravos compulsórios por território sanitário. Guarapari, 2020.

| NOTIFICAÇÕES EM 2020 | TERR. 1 | TERR. 2 | TERR. 3 | TERR. 4 | TERR. 5 | TERR. 6 | TERR. 7 | TERR. 8 | TERR. 9 | TERR. 10 | TOTAIS EM 2020 |
|----------------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|----------------|
| SIFILIS ADQUIRIDA | 22 | 29 | 16 | 13 | 18 | 16 | 2 | 11 | 24 | 14 | 165* |
| SIFILIS EM GESTANTE | 14 | 27 | 20 | 9 | 8 | 10 | 3 | 7 | 11 | 3 | 112 |
| VIOLENCIA DOMESTICA | 10 | 10 | 13 | 13 | 12 | 7 | 5 | 4 | 12 | 2 | 88 |
| INTOXICAÇÃO | 7 | 20 | 24 | 18 | 21 | 13 | 3 | 6 | 27 | 2 | 141 |
| AIDS | 2 | 3 | 7 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 19 |
| SIFILIS CONGENITA | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 15 |
| TUBERCULOSE | 1 | 20 | 2 | 7 | 5 | 8 | 2 | 1 | 8 | 0 | 54 |
| ZIKA V | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| HIV | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 18 |
| ACIDENTE TRABALHO | 0 | 9 | 5 | 6 | 3 | 9 | 3 | 2 | 12 | 0 | 49 |
| HEPATITE C | 0 | 2 | 0 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| ANIM. PEÇONHENTOS | 0 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 6 | 0 | 3 | 2 | 23 |
| TOTAL | 60 | 127 | 97 | 73 | 80 | 70 | 26 | 35 | 102 | 25 | 695 |

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SEMSA-Guarapari-ES

* 6 notificações não relacionadas nos territórios por serem ignoradas ou em situação de rua.

TABELA 6 – Lista de bairros com maior frequência de notificações de agravos compulsórios. Guarapari, 2020.

| Territórios Sanitários | Comunidades e/ou Bairros e Prevalência de Agravos - 2020 |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Território 1 | Coroado e Santa Margarida (Covid-19, Sífilis Adquirida e Violência) |
| Território 2 | São Gabriel e Bela Vista (Covid-19, Sífilis Adquirida e Sífilis em Gestante) ASN (Covid-19) |
| Território 3 | Santa Mônica e Village (Covid-19, Intoxicação e Sífilis em Gestante) |

| | |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Território 4 | Jardim Santa Rosa e Portal (Covid-19, Intoxicação e Violência) Perocão (Covid-19) |
| Território 5 | Ipiranga e Kubistchek (Covid-19, Sífilis Adquirida, Intoxicação e Violência) |
| Território 6 | Itapebussu e Camurugi (Covid-19, Sífilis Adquirida e Intoxicação) Sol Nascente (Covid-19) |
| Território 7 | Todos os Santos, Amarelos e Iguape (Covid-19, Animais Peçonhentos e Violência) |
| Território 8 | Centro (Covid-19, Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Violência) |
| Território 9 | Praia do Morro e Muquiçaba (Covid-19, Intoxicação e Sífilis Adquirida) |
| Território 10 | Meaípe e Condados (Covid-19, Sífilis Adquirida) |

Fonte: Vigilância Epidemiológica, SEMSA-Guarapari-ES

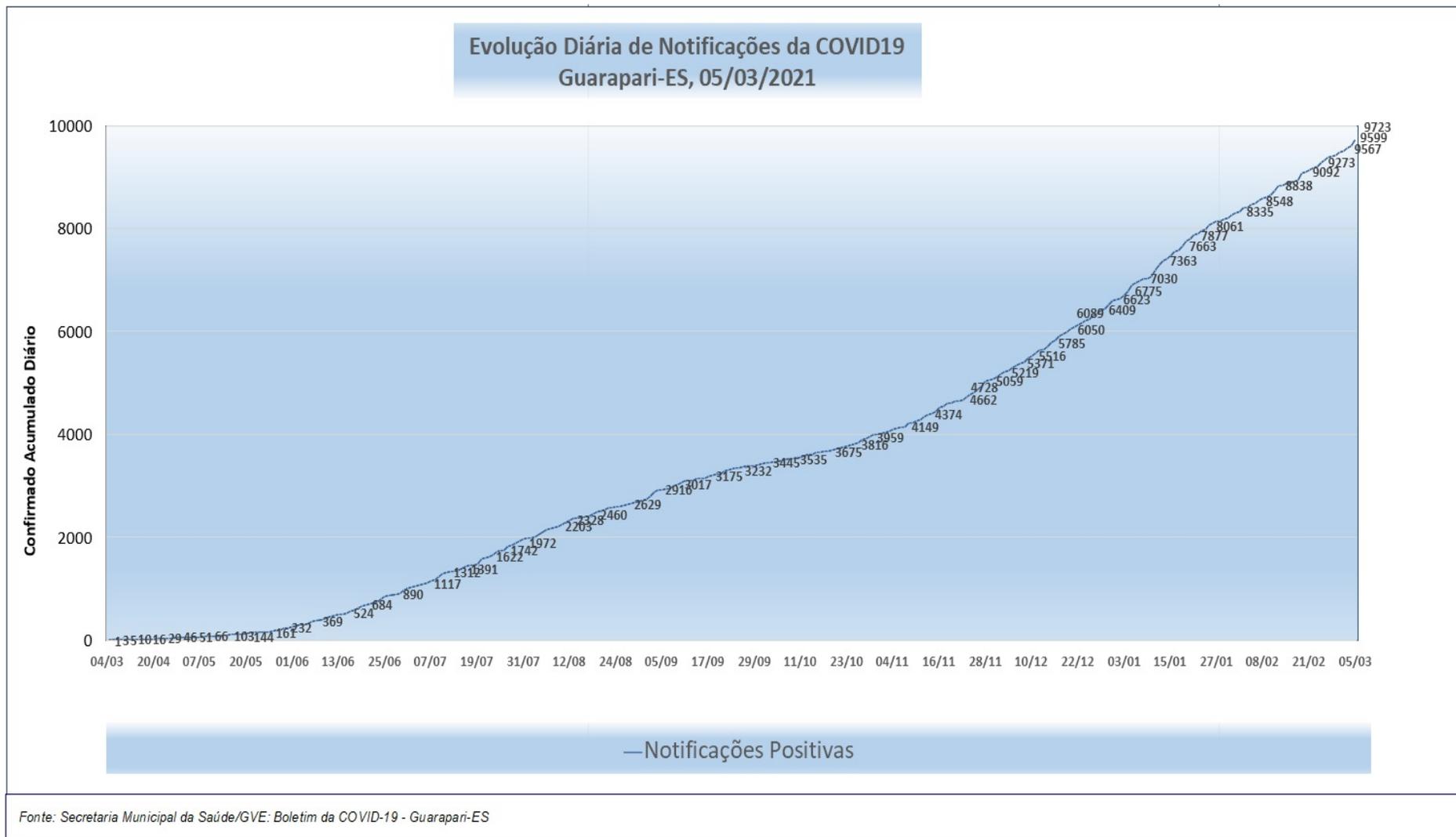
a) **Coronavirus**

O SARS-CoV-2, foi detectado pela primeira vez na província de Wuhan, na China, após a ocorrência de casos de pneumonia de etiologia desconhecida, iniciados em dezembro de 2019. Os casos da doença de Covid-19 se espalharam em todos os continentes do mundo, em intensa velocidade, alcançando em pouco mais de 3 meses, quase 700 mil pessoas contaminadas no mundo, com mais de 27 mil mortes.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em razão da disseminação do Coronavírus, após reunião com especialistas e no dia 10 de março de 2020, reconheceu o status de pandemia pelo Covid-19.

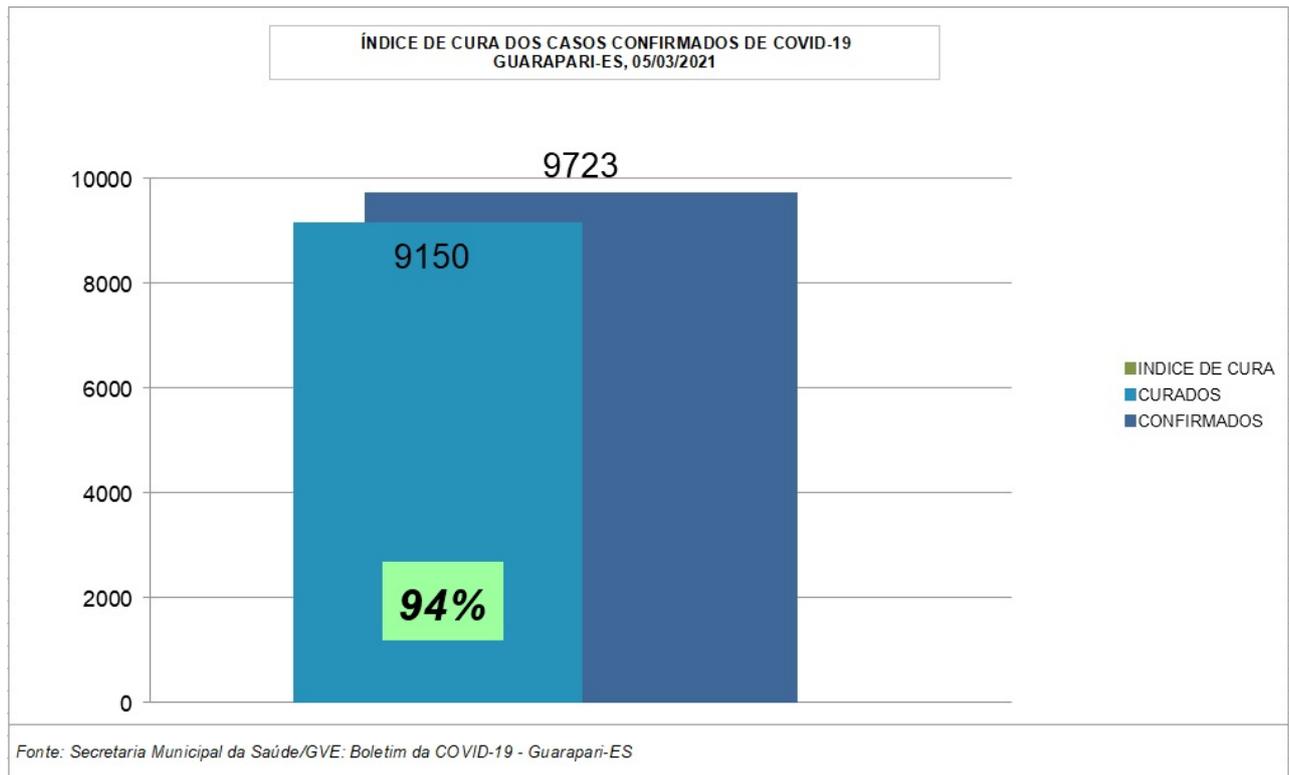
No Brasil, o primeiro caso foi registrado no dia 25 de fevereiro, em São Paulo, e em pouco mais de um mês, o país registrou mais de 3.400 casos e 92 mortes pelo Covid-19. No município de Guarapari, o primeiro caso foi notificado no dia 01 de março de 2020 e confirmado oficialmente em 28/03/2020.

GRÁFICO 2 – Evolução diária de notificações da COVID19. Guarapari, 2021.

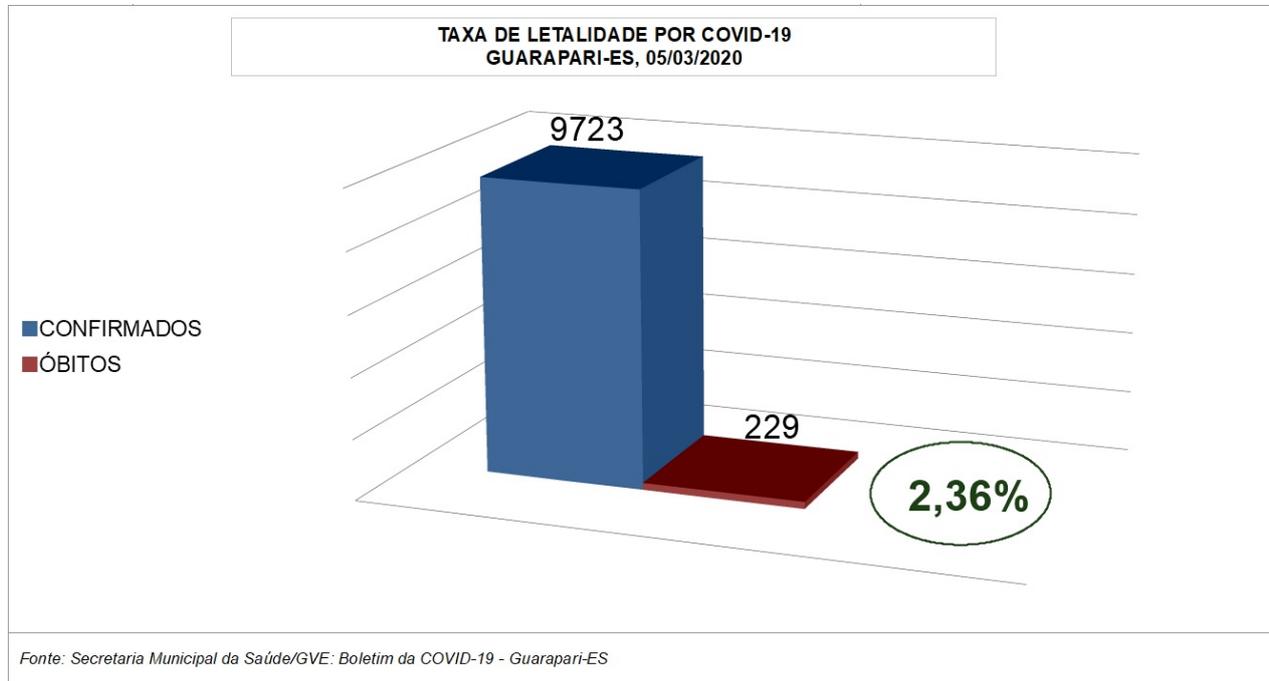


O Gráfico 2 apresenta a evolução da COVID-19 em Guarapari desde o início, em março de 2020. Observa-se o crescimento acelerado de notificações positivas a uma velocidade considerável, chegando no período de 1 ano a quase 10.000 notificações positivas.

GRÁFICO 3 – Índice de cura dos casos confirmados de COVID19. Guarapari, 2021.



Entretanto, o Gráfico 3 apresenta também um alto índice de cura dos casos confirmados, em 94% de todas as notificações registradas no sistema E-SUS VS disponibilizado pela Secretaria Estadual da Saúde.

GRÁFICO 4 – Taxa de letalidade por COVID19. Guarapari, 2021.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), há duas medidas para calcular a proporção de indivíduos infectados que apresentarão desfechos fatais. A primeira é a taxa de letalidade de infecções (IFR), que estima a proporção de mortes entre todos os indivíduos infectados. A segunda avalia a proporção de mortes entre os casos confirmados e é conhecida como taxa de letalidade de casos clínicos (CFR). A taxa de letalidade é a proporção entre o número de mortes por uma doença e o número total de doentes que sofrem dessa doença, ao longo de um determinado período de tempo. A CFR pode variar enormemente entre os diferentes países, indo de 0,1% a mais de 25%. Isso ocorre em razão de fatores variados, entre eles a capacidade de testagem de cada localidade (quanto mais exames, mais diagnósticos de casos leves e assintomáticos e menor taxa de letalidade), a demografia do lugar (quanto mais idosa a população, maior o risco de morte pela Covid-19) e a diversidade de condições de acesso à saúde da população.

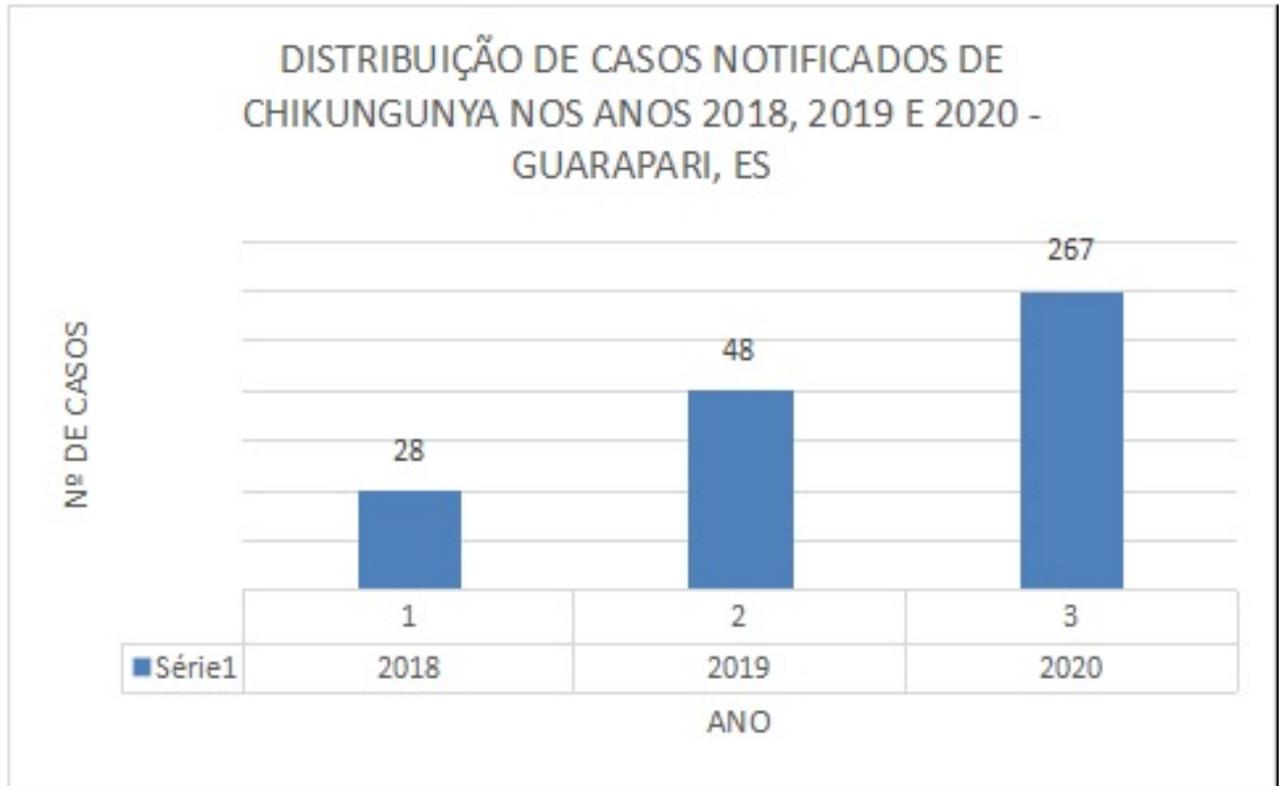
No Espírito Santo, até março de 2021, a taxa de letalidade da COVID19 era de 1,9%, com dados apurados até 21/03. Até aquela data, o Estado havia confirmado 6.981 mortes e 361,7 mil casos confirmados de Covid-19. No nosso município, a taxa de letalidade apurada em, 05/03 era de 2,36%, conforme demonstra o Gráfico.

b) **Chikungunya**

Doença causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), que possui genoma de RNA positivo de fita simples, pertencente ao gênero Alphavirus da família Togaviridae e transmitida pelo mosquito do gênero Aedes, sendo o Aedes aegypti o principal vetor. O nome chikungunya deriva de uma palavra do idioma Makonde falado no sudeste da Tanzânia, que significa "curvar-se ou tornar-se contorcido" descrevendo a postura adotada pelos pacientes devido a artralgia intensa (LUMSDEN, 1955; ROBINSON, 1955).

No município de Guarapari, o primeiro caso autóctone ocorreu no mês de fevereiro/2016, mais precisamente no bairro Setiba. O risco de o município vivenciar uma epidemia é alto devido à presença de vetores competentes (mesmos vetores da dengue e Zika). Existem condições climáticas favoráveis para que eles se reproduzam.

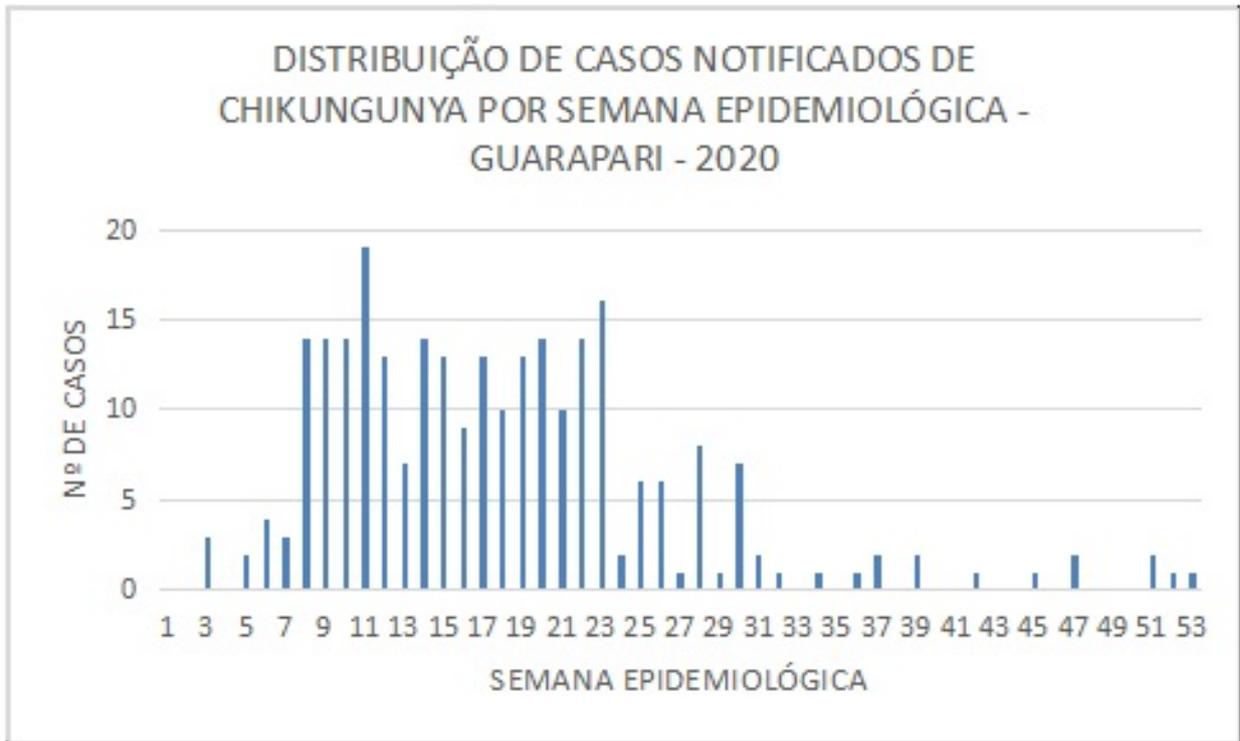
GRÁFICO 5 – Número de casos de chikungunya notificados por ano, Guarapari-ES, 2020



Fonte: Vigilância Epidemiológica/ESUS-VS, SEMSA-Guarapari-ES

O Gráfico 5 apresenta um crescimento relevante de casos notificados entre os anos de 2018 e 2020, o qual demonstra a suscetibilidade da população na disseminação da doença, considerando a presença do principal vetor, o *Aedes aegypti*, no município.

GRÁFICO 6 – Distribuição de casos notificados de chikungunya por semana epidemiológica, Guarapari-ES, 2020



Fonte: Vigilância Epidemiológica/ESUS-VS, *SEMSA-Guarapari-ES*.

O Gráfico 6 demonstra a evolução dos casos notificados a partir da semana 3, princípio do ano, quando a alternância entre o clima quente do verão e as chuvas ocasionais favorecem a proliferação do mosquito vetor do vírus CHIKV. Observa-se acentuada redução nas notificações ao longo das demais semanas, quando se instala o clima frio.

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

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

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

Todo paciente notificado deve sair da unidade notificante com o cartão de controle de aplicação da Penicilina já com o aprazamento dos dias de aplicação. A partir das informações contidas nesse cartão é possível avaliar se o paciente fez o tratamento correto, caracterizando assim o tratamento adequado.

Os gráficos abaixo apresentam a taxa de incidência de sífilis em gestante e sífilis congênita, numa série histórica de cinco anos no Município.

GRÁFICO 8 – Taxa de incidência de sífilis em gestante por ano. Guarapari, 2016 a 2020.

Fonte: SINAN, SINASC - SEMSA-Guarapari-ES.

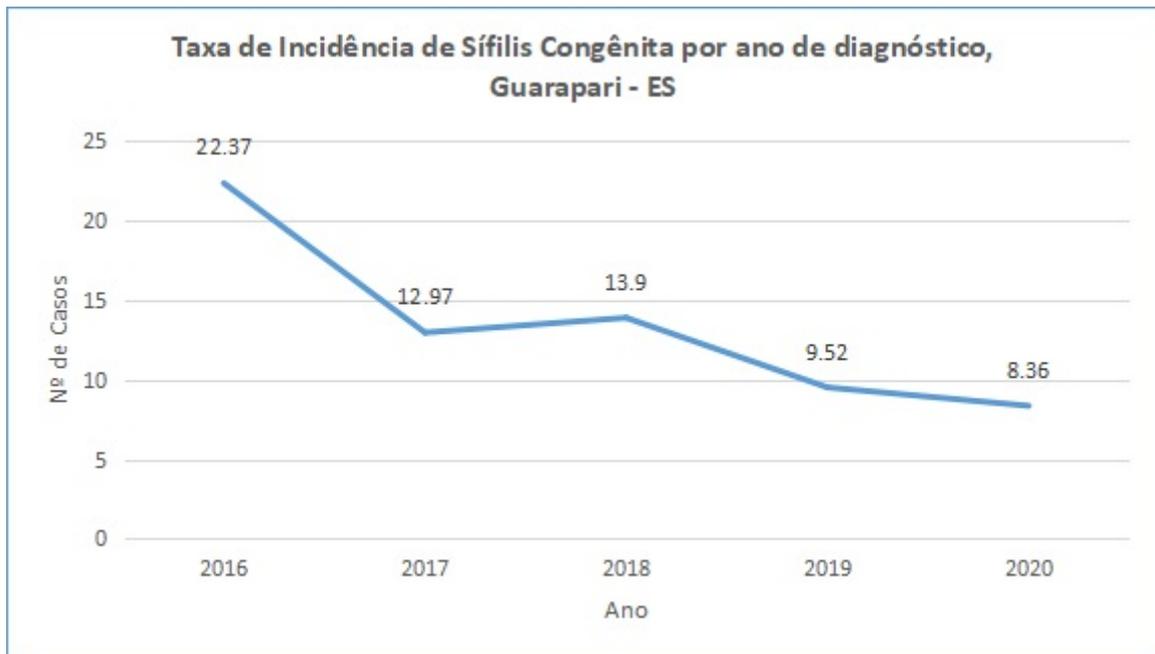
A assistência pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O objetivo principal é o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno/neonatal, incluindo os aspectos psicossociais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

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

Para promover a segurança da mãe-feto é necessário identificar precocemente as gestações de alto risco oferecendo atendimento diferenciado onde essas gestantes são encaminhadas para o Serviço de Referência da Mulher. Esta assistência possibilita a prevenção das complicações que determinam maior morbimortalidade materna e

perinatal, sendo então necessário avaliar a história de doenças maternas pré-existentes, os fatores socioeconômicos e psicossociais, os antecedentes obstétricos e os eventos da gestação atual.

GRÁFICO 9 – Taxa de incidência de sífilis congênita por ano. Guarapari, 2016 a 2020



Fonte: SINAN, SINASC - SEMSA-Guarapari-ES.

Tendo como meta reduzir drasticamente os casos de sífilis congênita no estado do ES de 0,5 casos para mil nascidos vivos, até o ano de 2019, a Secretaria Estadual da Saúde do Espírito Santo lançou em 2017, o Plano de Enfrentamento da Sífilis Congênita. O plano se organiza em cinco eixos de intervenção: Assistência, Vigilância, Gestão e Governança, Mobilização Social e Comunicação e Educação Permanente.

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

prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita.

As notificações realizadas nas UBS são recolhidas e enviadas à Vigilância Epidemiológica para digitação no sistema de informação ESUS-VS, onde é feita uma revisão e análise das fichas garantindo assim uma qualidade do dado registrado. As notificações realizadas pela Maternidade Francisco de Assis passaram a partir de 2020, a ser inseridas no sistema pela própria instituição, uma vez que o sistema passou a ser on-line.

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

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

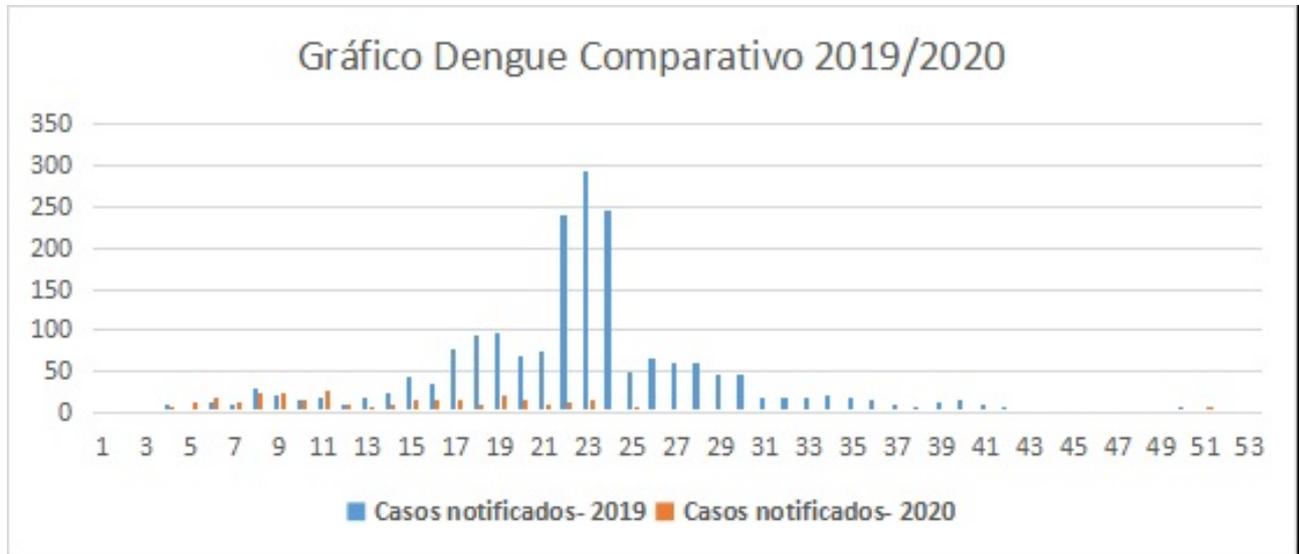
Destaca-se o papel do(a) enfermeiro(a) no manejo das IST's na realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços. Além disso, a Lei no 7.498, de 25 junho de 1986, que dispõe sobre regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao(a) enfermeiro(a), como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

A partir de 2019, foi descentralizado o tratamento da sífilis para as unidades de saúde do município, aumentando a oferta e o acesso do paciente ao tratamento. Com isso, a

Penicilina Benzatina para Sífilis passou a ser aplicada nas Unidades de Saúde, as quais, por sua vez, realizam rotineiramente a busca ativa para que o paciente não abandone o tratamento.

d) **Dengue**

Considerada como a arbovirose mais comum que acomete a humanidade, a Dengue ainda é uma doença muito disseminada no país. Segundo a OPAS (Organização Panamericana de Saúde), o Brasil tem o maior número de casos registrados no mundo. Tendo por seu transmissor, o mosquito *Aedes aegypti*, que se prolifera facilmente em água parada e por ambiente preferencial locais sombreados, este tem sua prevalência em residências e quintais, segundo levantamento de Equipes de agentes de combate a Endemias do Município. Em Guarapari, assim como no cenário Nacional, ocorrem anualmente vários casos de Dengue, colocando esta zoonose como um dos principais agravos de saúde pública.

GRÁFICO 10 – Gráfico comparativo de casos de dengue notificados nos anos de 2019/2020. Guarapari, 2021

No gráfico acima, podemos verificar o aumento de casos no ano de 2019, e um declínio no ano de 2020, mas o início de aumento de casos nos anos ocorre em Janeiro, período de clima quente, com chuvas esparsas, momento propício para proliferação de mosquitos.

FIGURA 1 – Levantamento de índice rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA). Guarapari, 2020.

*IB - índice de Breteau: Percentagem de recipientes positivos com larvas por casa.

*IP - índice de infestação predial (IIP), porcentagem de imóveis com a presença de *Aedes aegypti*.

* **A1**–Caixa d'água (elevado), **A2**–Outros depósitos de armazenamento de água (baixo), **B**–Pequenos depósitos móveis, **C**–Depósitos fixos, **D1**–Pneus e outros materiais rodantes, **D2**–Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos, **E**– Depósitos naturais.

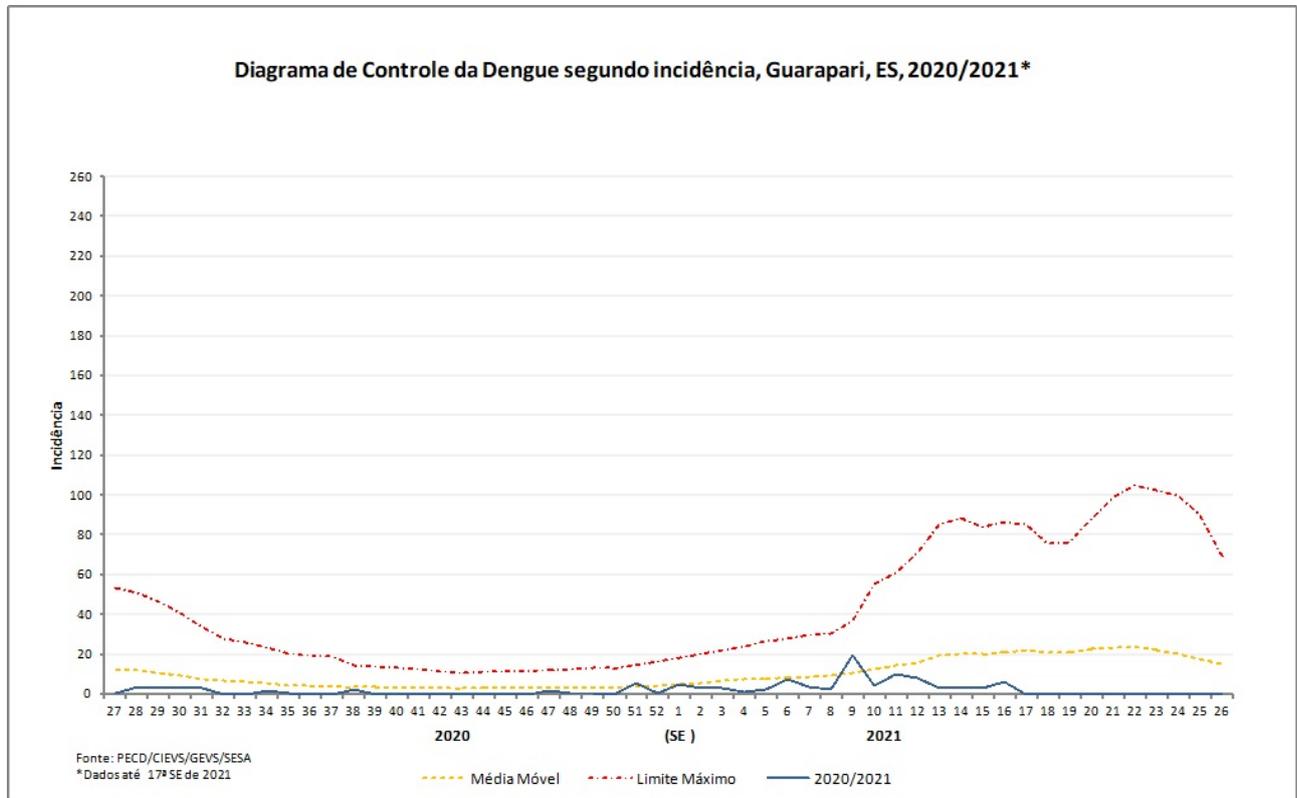
No último LIRAA (Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti*) realizado no mês de Dezembro de 2020, foi considerado de risco alto para infestação do mosquito *Aedes Aegypti*, sendo os estratos 1, 2 e 4 mais críticos.

Estrato 1, bairros: Setiba, Elza Nader, Una, Patura Pontal de Santa Mônica, Santa Mônica e Parque das Mansões;

Estrato 2, bairros: Jabaraí, Portal Clube, Adalberto Simão Nader, Aldeia da Praia, Acampamento Adventista e Perocão;

Estrato 4, bairros: Itapebussú, Muquiçaba, Lagoa Funda e Sol Nascente.

GRÁFICO 11 – Diagrama de controle da dengue segundo incidência. Guarapari, 2020-2021.



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

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

e) HIV/AIDS e outras IST's

O Município de Guarapari integra a Região Metropolitana e está a 51km de Vitória (Capital). É um balneário de grande repercussão turística com uma população estimada em 121.506 habitantes e chega a triplicar essa população na época de verão, gerando

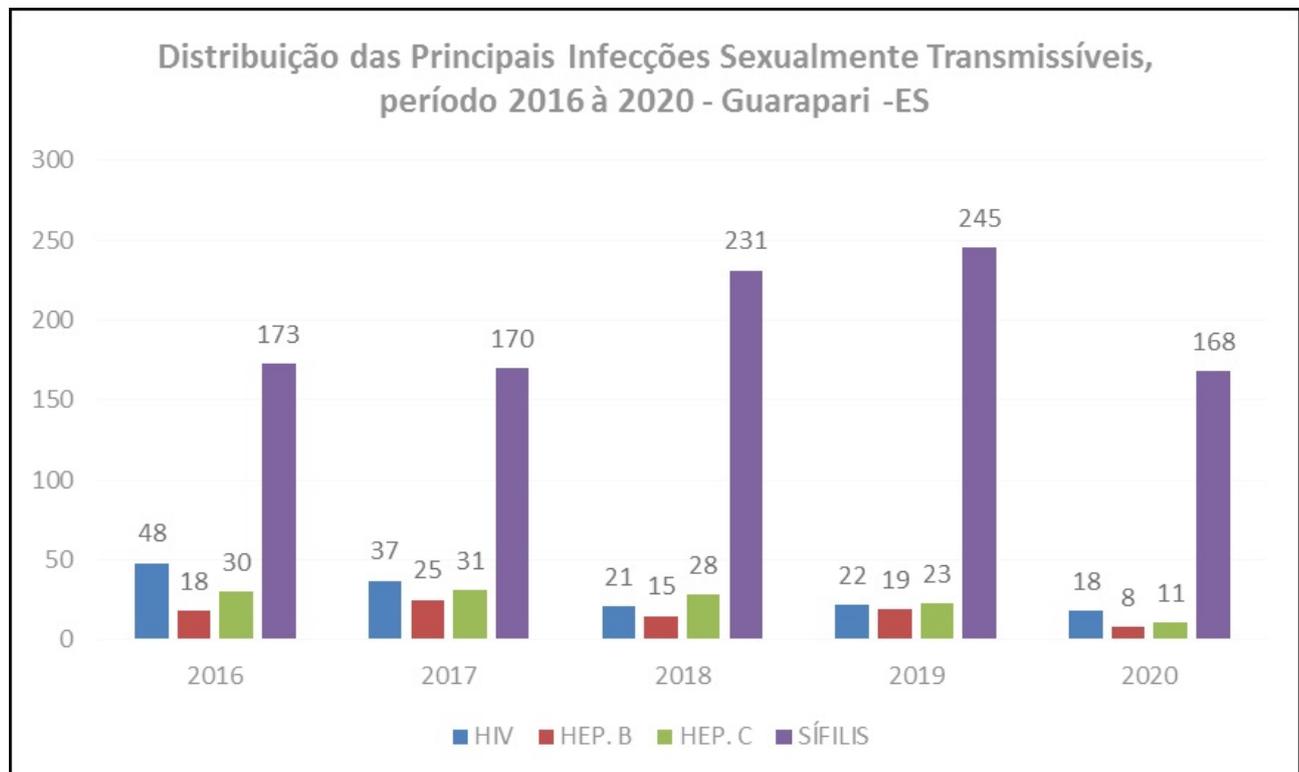
com isso um aumento da demanda dos serviços de saúde, bem como de prevenção das IST's/AIDS.

TABELA 7 – Quadro das principais infecções registradas. Guarapari, 2016-2020.

| Quadro das Principais Infecções Registradas no Município de Guarapari-ES | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|--------|--------|---------|
| ANO | HIV | HEP. B | HEP. C | SÍFILIS |
| 2016 | 48 | 18 | 30 | 173 |
| 2017 | 37 | 25 | 31 | 170 |
| 2018 | 21 | 15 | 28 | 231 |
| 2019 | 22 | 19 | 23 | 245 |
| 2020 | 18 | 8 | 11 | 168 |

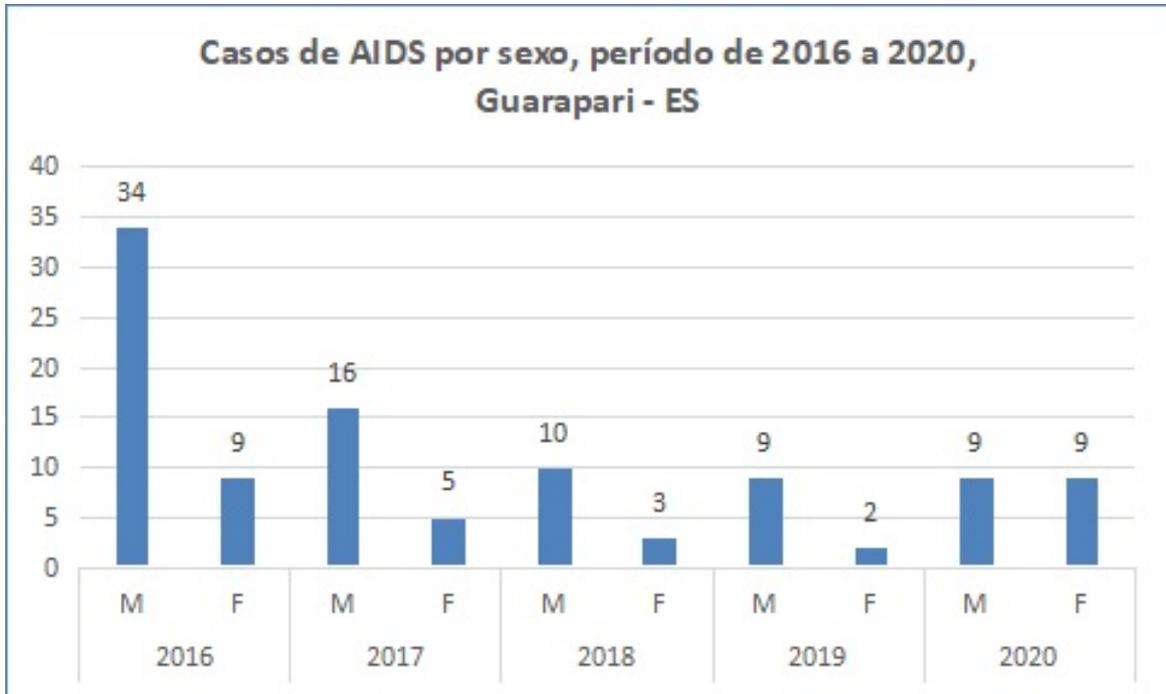
Fonte: SINAN-MS/ESUS-VS. Acesso em 04/2021.

GRÁFICO 12 – Distribuição das principais infecções sexualmente transmissíveis. Guarapari, 2016 - 2020.



Fonte: SINAN-MS/ESUS-VS, Acesso em 05/2021.

GRÁFICO 13 – Casos de AIDS identificados por ano de diagnóstico e sexo. Guarapari, 2016-2020.



Fonte: SINAN/ESUS-VS, Acesso em 06/052021.

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

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

f) Morbidade Hospitalar

TABELA 8 – Internações Hospitalares por Município de Residência, Segundo Capítulo CID.10. Guarapari, 2016-2020.

| Capítulo CID-10 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Total |
|----------------------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|--------|
| TOTAL | 414 | 6.907 | 6.664 | 7.645 | 6.275 | 27.905 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 32 | 303 | 336 | 454 | 619 | 1.744 |
| II. Neoplasias (tumores) | 38 | 652 | 633 | 743 | 637 | 2.703 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 4 | 48 | 49 | 55 | 48 | 204 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 8 | 73 | 85 | 83 | 65 | 314 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | - | 38 | 40 | 95 | 94 | 267 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 12 | 118 | 117 | 117 | 76 | 440 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 3 | 49 | 30 | 47 | 30 | 159 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 1 | 12 | 8 | 32 | 19 | 72 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 36 | 572 | 560 | 706 | 515 | 2.389 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 32 | 686 | 614 | 826 | 464 | 2.622 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 50 | 641 | 580 | 625 | 360 | 2.256 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 12 | 172 | 180 | 248 | 198 | 810 |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 10 | 178 | 152 | 188 | 80 | 608 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 16 | 305 | 288 | 371 | 290 | 1.270 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 22 | 1.757 | 1.779 | 1.762 | 1.698 | 7.018 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 13 | 312 | 285 | 226 | 304 | 1.140 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 6 | 46 | 56 | 58 | 48 | 214 |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 5 | 112 | 150 | 164 | 104 | 535 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | 108 | 765 | 669 | 757 | 591 | 2.890 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 6 | 68 | 53 | 88 | 35 | 250 |

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

Conforme se observa na Tabela 8, as causas de internações com maior frequência no período de 2016 a 2020 foram a Gravidez, Parto e Puerpério (25,15%); seguidas de Lesões por Envenenamento e Outras Causas Externas (10,36%); Neoplasias (9,69%); Doenças do Aparelho Respiratório (9,40%) e Doenças do Aparelho Circulatório (8,56%).

2.1.3.2. Mortalidade

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

TABELA 9 – Quadro de mortalidade geral por causas e ano do óbito. Guarapari, 2016-2020.

| Mortalidade Geral por Causas e Ano do Óbito – Guarapari, 2016-2020 | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Causas Capítulos | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Total |
| Doenças do aparelho circulatório | 218 | 248 | 233 | 253 | 238 | 1.190 |
| Neoplasias (tumores) | 128 | 153 | 138 | 167 | 149 | 735 |
| Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios) | 92 | 100 | 123 | 98 | 92 | 505 |
| Doenças do aparelho respiratório | 65 | 92 | 67 | 73 | 64 | 361 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 46 | 40 | 47 | 48 | 56 | 237 |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 14 | 15 | 23 | 19 | 163 | 234 |
| Doenças do aparelho digestivo | 32 | 31 | 41 | 41 | 33 | 178 |
| Doenças do sistema nervoso | 28 | 23 | 44 | 33 | 36 | 164 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 26 | 14 | 23 | 26 | 30 | 119 |
| Algumas afecções originadas no período perinatal | 13 | 13 | 11 | 6 | 8 | 51 |
| Mal Definidas | 2 | 5 | 5 | 4 | 15 | 31 |
| Malformações congênitas e anomalias cromossômicas | 7 | 5 | 4 | 8 | 5 | 29 |
| Transtornos mentais e comportamentais | 6 | 6 | 3 | 7 | 3 | 25 |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 2 | 5 | 3 | 4 | 8 | 22 |
| Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 0 | 2 | 5 | 4 | 4 | 15 |
| Gravidez parto e puerpério | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 7 |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitários | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 682 | 755 | 773 | 794 | 904 | 3.908 |

Fonte: TABNET. Acesso em 10/07/2021.

Observação: Banco atualizado até o dia 08/07/2021. Dados referentes a 2020 sujeitos a revisão.

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

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

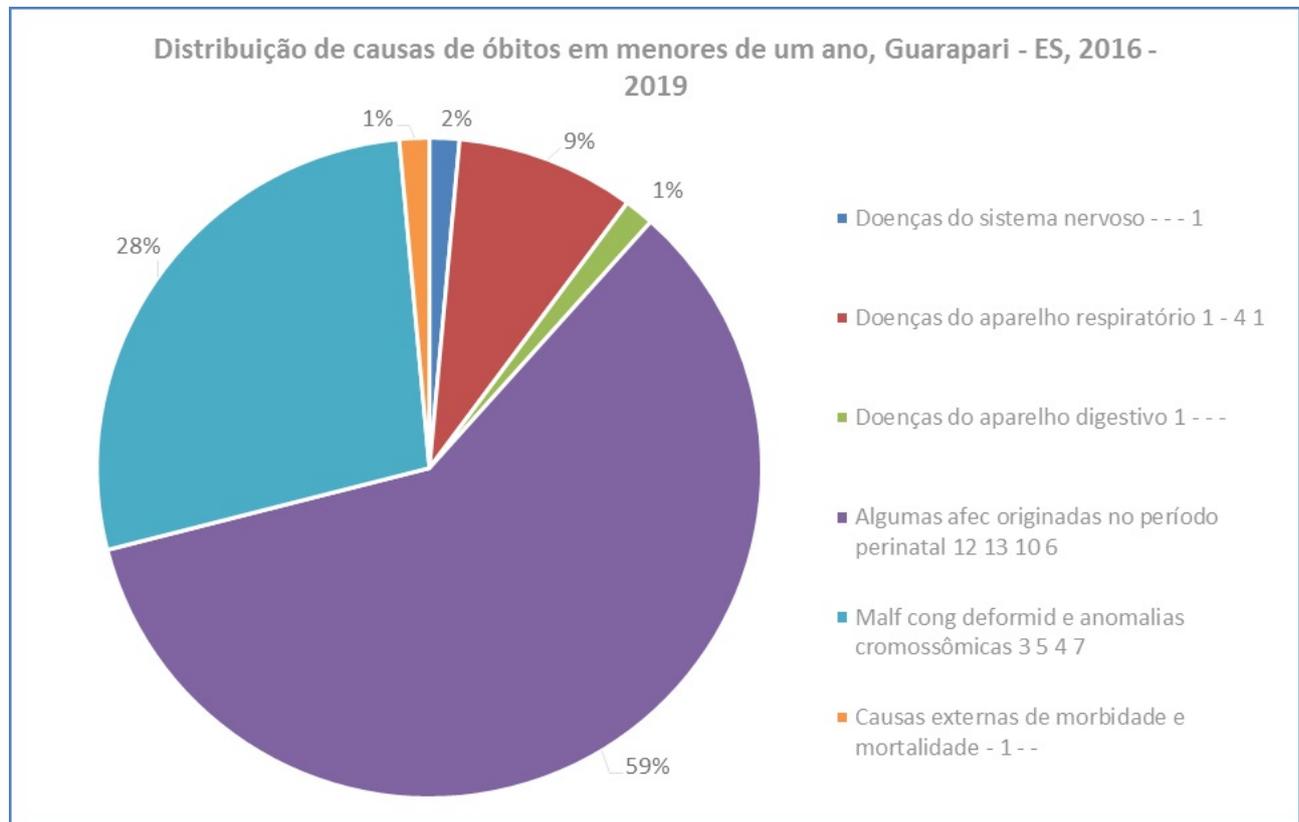
O número de óbitos por causas externas teve queda e as neoplasias permaneceram estáveis. Vale ressaltar que os registros de agressões sofrem grande subnotificação em todo o território nacional.

TABELA 10 – Mortalidade em menores de um ano por causas. Guarapari, 2016-2019.

| Óbitos em menores de um ano, por causas, Guarapari - ES, 2016-2019 | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Causas | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Total |
| Algumas afecções originadas no período perinatal | 12 | 13 | 10 | 6 | 41 |
| Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas | 3 | 5 | 4 | 7 | 19 |
| Doenças do aparelho respiratório | 1 | - | 4 | 1 | 6 |
| Doenças do sistema nervoso | - | - | - | 1 | 1 |
| Doenças do aparelho digestivo | 1 | - | - | - | 1 |
| Causas externas de morbidade e mortalidade | - | 1 | - | - | 1 |
| TOTAL | 17 | 19 | 18 | 15 | 69 |

Fonte: MS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso em 28.05.2021

GRÁFICO 14 – Distribuição de óbitos em menores de 1 ano por causas. Guarapari, 2016-2019.



Fonte: MS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso em 28.05.2021

A principal causa de óbitos em menores de 1 (um) ano são algumas afecções originadas no período perinatal, perfazendo um total de 59% do total registrado, seguido de mal formações congênitas.

TABELA 11 – Mortalidade fetal por grupo de causas. Guarapari, 2016-2019.

| Óbitos fetais por causas e ano do óbito, Guarapari - ES, 2016-2019 | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Causas | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Total |
| Algumas afecções originadas no período perinatal | 17 | 15 | 17 | 12 | 61 |
| Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas | 2 | 1 | 1 | - | 4 |
| TOTAL | 19 | 16 | 18 | 12 | 65 |

Fonte: MS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 28/05/2021.

Nas afecções originadas no período perinatal, identificam-se principalmente causas e/ou transtornos maternos por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto; pela duração da gestação e crescimento fetal; por agravos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal.

2.1.3.3. Grupos e Intervenções Específicos

2.1.3.3.1. Saúde da Mulher

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

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

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 10 anos, em Guarapari a estimativa dessa população é de 65.600 pessoas, distribuída nas seguintes faixas etárias:

- 10 a 14 anos – 4.123;
- 15 a 19 anos – 4.479;
- 20 a 29 anos – 9.766;

– 30 a 39 anos – 10.095;

– 40 a 49 anos – 9.289;

– 50 anos e mais – 19.070.

Principais Ações

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

Centro de Atenção à Saúde da Mulher

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

2.1.3.3.2. Saúde do Homem

O Ministério da Saúde implementou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Um dos principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina e propiciar um melhor acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

A identificação precoce de doenças aumenta as chances de um tratamento eficaz. Por isso, alguns exames devem fazer parte da rotina dos homens.

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

A Política Nacional trabalha com 5 eixos prioritários: acesso e acolhimento; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população alvo; prevenção de violência e acidentes; e saúde sexual e reprodutiva cujo foco é o grupo de 20 a 59 anos.

As Unidades Básicas de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família estão inseridas na Política de Saúde do Homem e têm como objetivo desenvolver as atividades no nível local, coordenando os planos de ação, estratégias locais de capacitações em Saúde do Homem e incentivo a ações educativas voltadas à saúde do homem.

2.1.3.3.3. Saúde do Idoso

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelece várias diretrizes considerando as responsabilidades em cada esfera (Nacional, Estadual e Municipal) a partir da Atenção Básica (porta preferencial de entrada no Sistema Único de Saúde). Em Guarapari foi instituído o Programa de Saúde do Idoso a partir da Resolução CMS nº 023/2014 visa garantir a atenção integral à saúde da população idosa, através da operacionalização das suas estratégias, contribuindo assim para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa que em Guarapari, cujo índice de envelhecimento está em 52,43%. O Índice de envelhecimento é a relação existente entre o número de idosos e a população jovem numa certa região. É habitualmente expresso em número de residentes com 65 ou mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos. Segundo o estatuto do idoso e site do IBGE, no Brasil é considerado idoso a pessoa com 60 anos ou mais.

O Programa pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades dos idosos, assim como a sua participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência.

Objetivos Gerais:

Ampliar o acesso da população idosa aos serviços de saúde;

Promover a melhoria das condições de saúde da população idosa no município de Guarapari;

Contribuir para a redução da mortalidade e morbidade da população, criando mecanismos para melhorar a assistência oferecida.

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

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

2.1.3.3.4. Saúde Bucal

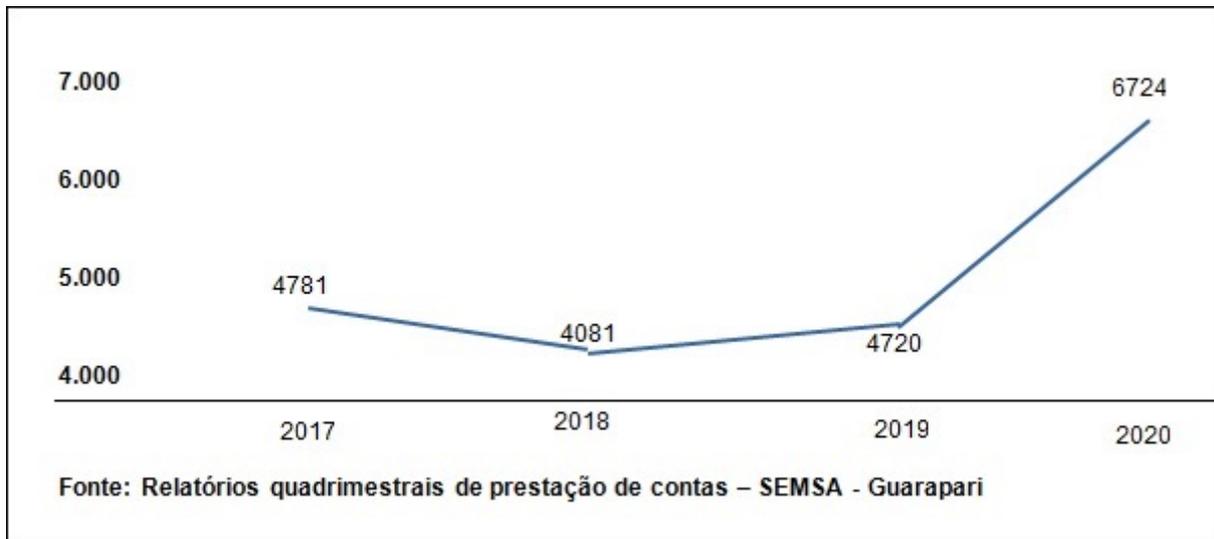
Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à Saúde Bucal era extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas se acostumassem a só procurar atendimento odontológico em casos de dor. Essa demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos fazia com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica.

Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação dos serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento é realizado mediante territorialização do município e cada profissional é responsável pela área de abrangência da unidade de saúde onde está vinculado.

Tendo em vista a atualização das regras de biossegurança, em 2018 houve necessidade de modernizar a estrutura física da Central de Material e Esterilização (CME) de algumas unidades de saúde para adequação a essas regras bem como a ampliação do número de equipes com a contratação de novos profissionais.

No âmbito da Saúde Bucal de Guarapari, o Município está promovendo a instalação de consultórios odontológicos em todas as Unidades com Estratégia de Saúde da Família. Com isso, o Município pretende elevar o número de pacientes atendidos em Primeira Consulta.

GRÁFICO 15 – Primeira consulta odontológica programática. Guarapari, 2017-2020

Fonte: Relatórios Trimestrais de Prestação de Contas, SEMSA - Guarapari

De acordo Unidades de Saúde que contam com Equipes de Saúde Bucal (Cirurgião Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal) em funcionamento:

TABELA 12 – Estabelecimentos de saúde com equipes de saúde bucal. Guarapari, 2017-2020

| |
|-----------------------------------------|
| USF Narbal de Paula Coutinho |
| USF Normília Cunha |
| USF Santa Mônica |
| USF Maria Lucia Cunha Lora |
| USF Jader Avelar Boghi |
| USF Pedro Machado |
| USF Luiz Buback |
| USF Ralph Dalfior |
| USF Prof. ^a Terezinha Santos |
| USF Itapebussu |
| USF Mário Sérgio Pereira |
| USF Tereza Loyola de Jesus |
| Centro Odontológico Municipal |

Fonte: Gerência de Saúde Bucal, 2021.

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

2.1.3.3.5. Saúde Mental

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

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

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

Em 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, tornando-o

uma política de estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde.

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

Fonte: Caderno de Atenção básica nº 34 – Ministério da Saúde.

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II (Texto revisado)

O CAPS II é um serviço para tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, que por esta condição não conseguem vinculação a outros serviços de saúde e necessitam de atendimento interdisciplinar, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

Habilitado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/450 de 19/08/2004, sob o registro nº 25.000.144/214/2004-11, instalado no Município de Guarapari em Janeiro de 2004, atende a média mensal de cento e quarenta e oito consultas a pacientes em tratamento nos perfis intensivo, semi-intensivo e não intensivo através de cotas na modalidade consórcio subdividida em atendimentos ambulatoriais, dependência química (CAPS AD), demanda infantil (CAPSi) e CAPS. Constitui no Sistema Único de Saúde (SUS), a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica na substituição do modelo hospitalocêntrico, considerando a Lei 10.216 de 06/04/01 que dispõe sobre a

proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a Portaria 336/GM de 19/02/2002 que regulamenta o funcionamento dos CAPS, em conformidade com o disposto na NOAS 01/01, ponto de referência na RAPS instituída pela Portaria 3088 de 23/11/2011.

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

É o ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de referência, para tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes; com objetivo de atender a população de abrangência do município, de 70.000 a 200.000 habitantes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social. Visa prestar atendimento em regime de atenção diária, com a responsabilidade de organizar a demanda e a rede de serviços de saúde mental, sob coordenação do gestor local, no âmbito de seu território. Deve ter capacidade técnica para atuar como regulador da porta de entrada da rede de assistência, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Assim como, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que usam medicamentos essenciais para saúde mental, dentro de sua área assistencial.

Ambulatório de Saúde Mental

A inserção das ações e práticas em saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) colaborou para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira tal como demanda a reorientação das práticas das equipes de saúde da família junto aos usuários com necessidades no âmbito de saúde mental.

Como se considera que a saúde mental é uma dimensão da saúde dos indivíduos e das populações cabe ponderar que ações de promoção de saúde de maneira ampla promovem saúde mental, e devem possuir o apoio da equipe matricial, renovando os Protocolos de Atenção em Saúde Mental a integralidade da atenção e do cuidado.

Desta forma o município implantou o ambulatório de saúde mental que se constitui com uma equipe multiprofissional formada por: 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro, 01 assistente social, 02 psicólogos para atendimento das USF/UBS (maiores de 18 anos); 01 psicólogo para atendimento das USF/UBS (menores 18 anos); 01 fonoaudiólogo para atendimento das demandas das USF/UBS (menores 18 anos) e 1 psicólogo referência CTA/SAE.

O objetivo do ambulatório é prestar atenção integral às pessoas com transtornos mentais leves e moderados, em caráter multiprofissional, considerando a necessidade de atendimento em saúde mental especializado, identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde e da rede intersetorial, amparada na Lei 10.216/2001.

A Portaria GM/MS nº 3.588, de 21/12/2017 altera e inclui as denominadas Unidades Ambulatoriais Especializadas como pontos de atenção da RAPS. Conforme descreve a Portaria, compete ao serviço ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade, prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica, constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental, trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS, estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

2.1.3.3.6. Tabagismo

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

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

O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas de comunicação e de atenção à saúde, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco.

Ao procurar o programa o paciente é encaminhado para reuniões dos grupos de apoio, que acontecem toda semana em local específico, onde são coordenadas pelo enfermeiro responsável. O tratamento consiste encontros periódicos onde são realizadas palestras sobre o tabagismo nas escolas municipais, empresas e clínicas de reabilitação.

2.1.3.3.7. Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), representa uma das intervenções em saúde pública mais importantes no cenário de saúde brasileiro. As ações de vacinação e vigilância apresentam impacto positivo na prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, refletindo positiva e indiretamente na qualidade e expectativa de vida da população. Vale ressaltar que o êxito das ações de imunização resulta de uma associação de fatores por parte das instâncias gestoras envolvidas, incluindo aquisição, planejamento, infraestrutura, logística, treinamento, recursos humanos que nas diferentes atuações asseguram imunobiológicos de qualidade a população.

Em 1973, o Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado pelo Ministério da Saúde para erradicar a proliferação de várias doenças mediante a imunização em massa. Sua missão é combater e evitar surtos epidêmicos por meio das vacinas, para tanto foi elaborado o Calendário Nacional de Vacinação, que inclui pessoas de todas as idades. Ao todo, são 20 vacinas (incluindo covid-19) para mais de 21 doenças, a fim de proteger todos os cidadãos. As vacinas mais importantes, de acordo com cada etapa da vida são:

- a) **Ao nascer:** BCG (dose única) e Hepatite B;
- b) **2 meses: Penta** (1ª dose), Vacina Poliomielite (1ª dose), Pneumocócica (1ª dose), Rotavírus Humano (1ª dose);
- c) **3 meses:** Meningocócica C (1ª dose);
- d) **4 meses:** Penta (2ª dose), Vacina Poliomielite (2ª dose), Pneumocócica (2ª dose), Rotavírus Humano (2ª dose);
- e) **5 meses:** Meningocócica C (2ª dose);
- f) **6 meses:** Penta (3ª dose), Vacina Poliomielite (3ª dose);
- g) **9 meses:** Febre Amarela (uma dose);

- h) 12 meses:** Tríplice Viral (1ª dose), Pneumocócica (Reforço), Meningocócica (Reforço);
- i) 15 meses:** DTP (1º reforço), Vacina Poliomielite (1º reforço), Hepatite A (uma dose), Tetra viral (uma dose);
- j) 4 anos:** DTP (2º reforço), Vacina Poliomielite (2º reforço), Varicela atenuada (uma dose);
- k) meninas (9 a 14 anos):** HPV (duas doses com intervalo de seis meses);
- l) meninos (11 a 14 anos):** HPV (duas doses com intervalo de seis meses);
- m) 11 a 14 anos: Meningocócica C** (dose única ou reforço);
- n) 10 a 19 anos:** Hepatite B (uma a três doses a depender da situação vacinal), Febre Amarela (uma dose), Dupla Adulto (Reforço a cada 10 anos), Tríplice Viral (duas doses a depender da situação vacinal), Pneumocócica 23 Valente (uma dose) — indispensável para população indígena;
- o) 20 a 59 anos:** Hepatite B (3 doses a depender da situação vacinal), Febre Amarela (uma dose a cada 10 anos), Tríplice viral (se nunca foi vacinado: receber duas doses até os 29 anos e uma dose até 49 anos), Dupla adulto (reforço a cada 10 anos), Pneumocócica 23 Valente (uma dose) — indispensável para população indígena;
- p) 60 anos ou mais:** Hepatite B (três doses a depender da situação vacinal), Febre Amarela (uma dose a cada 10 anos), Dupla adulto (reforço a cada 10 anos), Influenza (dose anual), Pneumocócica 23 Valente (uma dose) — indispensável para idosos acamados e indígenas;
- q) gestantes:** Hepatite B (três doses a depender a situação vacinal), Dupla adulto (3 doses a depender da situação vacinal), dTpa (uma dose a partir da 20ª semana de gestação ou até 45 dias após o parto).

r) 18 a 60 anos ou mais: Covid-19

TABELA 13 – Quadro da cobertura vacinal por tipo de imunobiológico em menores de 1 ano. Guarapari, 2017-2020.

| COBERTURA VACINAL (%) POR TIPO DE IMUNOBIOLÓGICO EM MENORES DE 1 ANO – GUARAPARI-ES | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|--------|
| Imunobiológicos | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| BCG | 76,66 | 86,46 | 77,37 | 82,05 |
| Contra Febre Amarela | 58,91 | 69,36 | 64,62 | 50,51 |
| Contra Hepatite B | 76,04 | 83,19 | 52,77 | 64,28 |
| Contra Hepatite A * | 72,57 | 81,01 | 85,78 | 68,23 |
| Contra Poliomielite | 79,68 | 86,00 | 80,93 | 63,83 |
| Oral Rotavirus | 79,45 | 86,75 | 84,09 | 63,71 |
| Penta valente (DTP/Hib/Hep. B) | 76,04 | 83,19 | 52,77 | 64,28 |
| Pneumocócica 10 v | 85,37 | 91,68 | 89,65 | 68,51 |
| Meningocócica C | 81,33 | 78,94 | 91,14 | 68,57 |
| Tríplice Viral | 80,55 | 88,87 | 93,51 | 70,37 |
| Campanha Contra Poliomielite | - | - | - | 75,28 |
| Campanha Contra Influenza | 94,20 | 99,47 | 90,49 | 107,60 |

Fonte: Programa Municipal de Imunização, SEMSA-Guarapari-ES

*A vacina não havia sido introduzida no calendário vacinal.

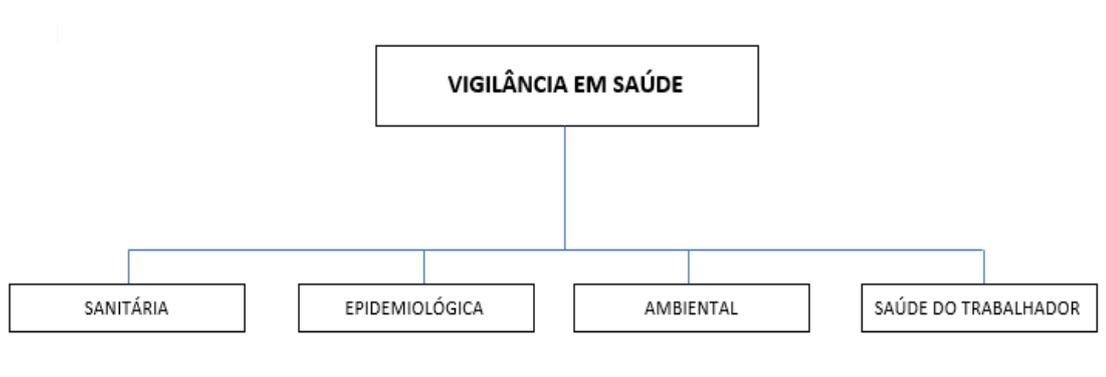
O Programa Municipal de Imunização coordena a distribuição de imunobiológicos (vacinas, soros e imunoglobulinas) fornecidos ao município pela Secretaria Estadual da Saúde contra doenças transmissíveis tais como: Tuberculose, Hepatite B, Difteria, Coqueluche, Tétano, Poliomielite, Sarampo, Caxumba, Rubéola, Varicela, Infecções pelo Haemophilus Influenzae Tipo B e Rotavírus, Hepatite A, HPV (Quadrivalente), Influenza e Febre Amarela e covid-19, objetivando imunizar o maior número possível de pessoas. O Programa funciona em todas as Unidades de Saúde com sala de vacina, tendo como

referência a Rede de Frio instalada no Centro Municipal de Saúde, onde os profissionais são capacitados para execução do programa.

2.1.3.4. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde tem por objetivo acompanhar a situação de saúde da população, criando um conjunto de ações voltadas para melhorar a qualidade de vida da população que vive em nosso território, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui a abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde.

FIGURA 2 – Organograma de trabalho da vigilância em saúde



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde - Guarapari

A Vigilância em Saúde é constituída por: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental; Vigilância da Saúde do Trabalhador e a Vigilância Sanitária, juntas são responsáveis pelas ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde da população, devendo-se constituir um espaço de articulação, de conhecimentos e técnicas, entre as vigilâncias, portanto é entendida como uma forma de pensar e agir, e tem como

objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes.

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

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

2.1.3.4.1. Vigilância Epidemiológica

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

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

Além disso, é um instrumento importante para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização de atividades técnicas correlatas. Sua operacionalização compreende um conjunto de funções específicas e complementares que devem ser, necessariamente, desenvolvidas

de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo.

A Secretaria Municipal da Saúde conta com a Unidade de Vigilância Epidemiológica, na qual, são gerenciados os sistemas de informação (SIM, SINASC, SINAN, FORMSUS, SINAN On Line, Programa de Monitoramento das Doenças Diarréicas - MDDA), Programas de Alimentação e Nutrição (SISVAN, Bolsa Família na condicionalidade saúde), que vem se estruturando no sentido de implementar as informações, partindo dos dados e de pesquisas de campo, cujo objetivo é subsidiar o planejamento e as intervenções necessárias para a construção de uma Vigilância em Saúde que busca cada vez mais desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde.

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

2.1.3.4.2. Vigilância Ambiental

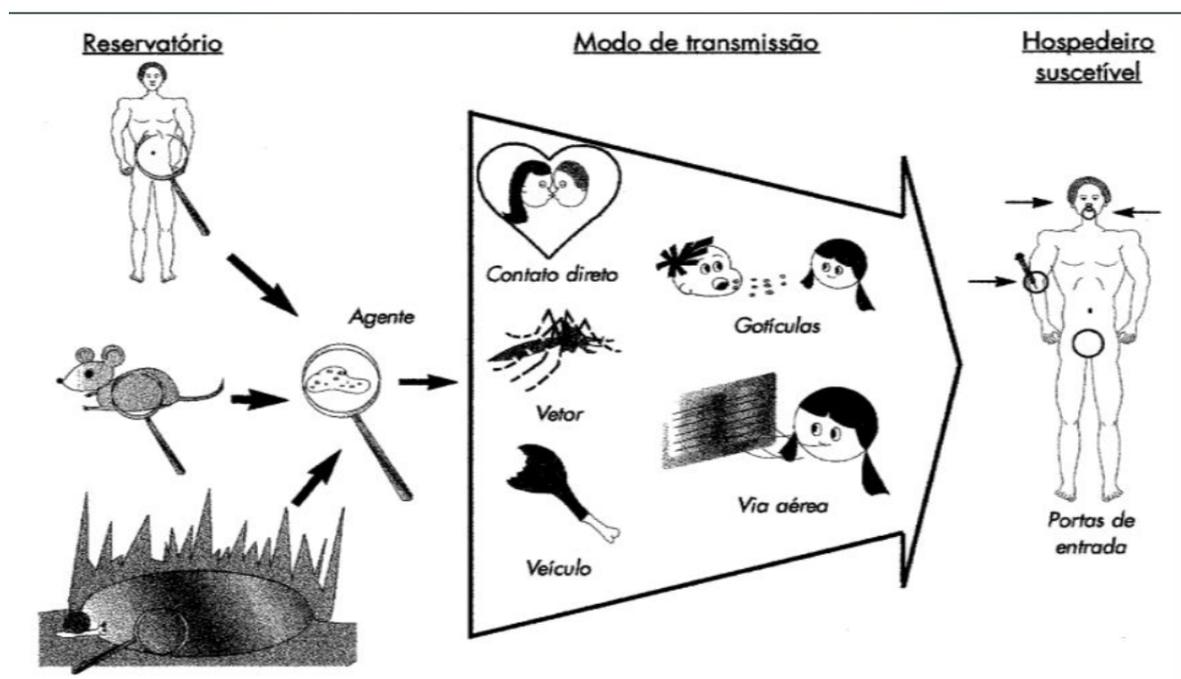
A Vigilância Ambiental é operacionalizada a partir do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), que dentre seus objetivos destacam-se: produzir, integrar, processar e interpretar informações, visando disponibilizar ao gestor instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente; estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à Vigilância Ambiental; bem como, combater as diversas endemias.

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

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

Assim a cadeia Epidemiológica, também conhecida por Cadeia de Transmissão das Doenças ou Cadeia do processo infeccioso é uma série de eventos necessários para que uma doença ocorra em um indivíduo ou em uma população. De maneira geral pode ser resumida no seguinte esquema a seguir:

FIGURA 3 - Cadeia de Transmissão das Doenças

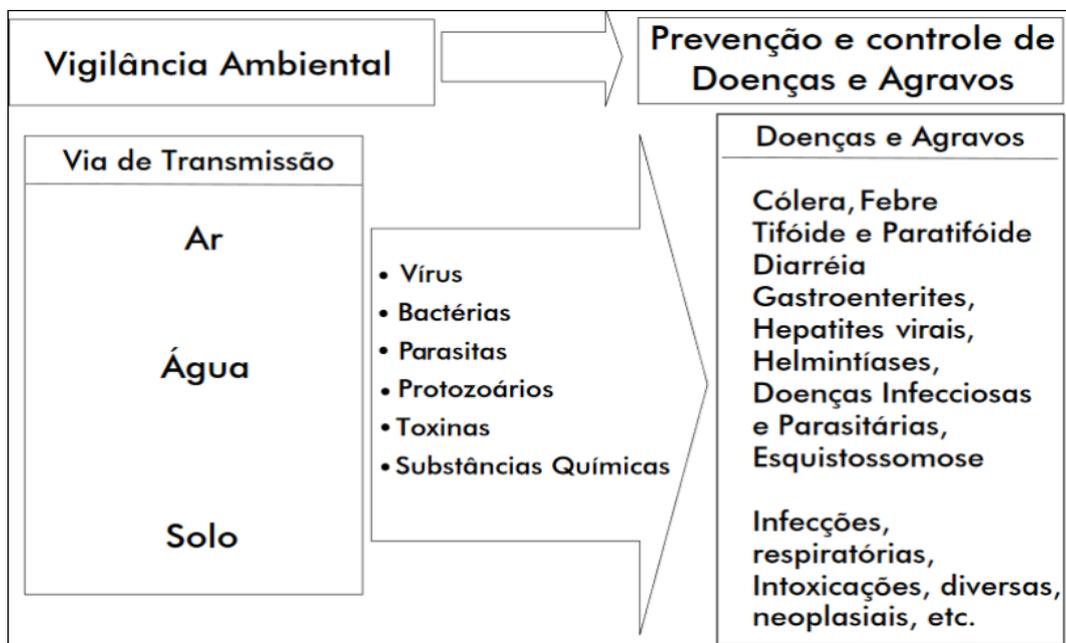


Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-2021

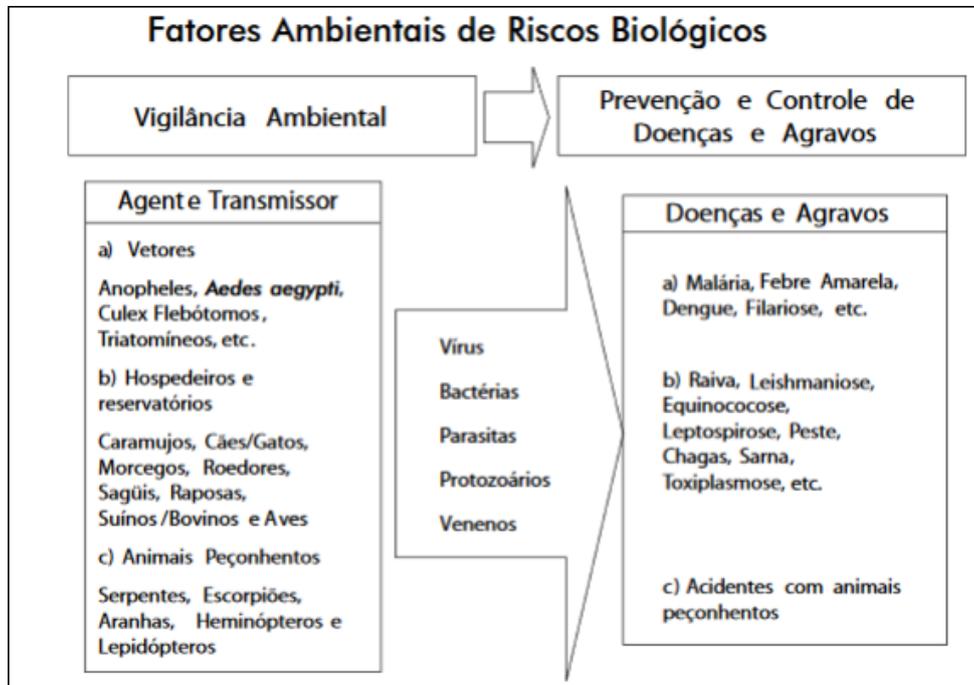
As ações da Vigilância Ambiental visam medidas de prevenção e controle, direcionadas para a quebra de um ou mais elos desta Cadeia de Transmissão, principalmente relacionada à Via de Transmissão e/ou à Fonte de Infecção.

O Centro de Controle de Zoonoses organiza esse serviço com base na Vigilância de Fatores de Risco Biológico (Controle de Vetores, Controle de Animais Reservatórios, Controle de Roedores e Animais Sinantrópicos) e na Vigilância de Fatores de Risco não Biológico (Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, Vigilância da Qualidade do Ar e a Vigilância de Populações Expostas a Solos Contaminados).

FIGURA 4 – Fatores de riscos não biológicos



Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-2021

FIGURA 5 – Fatores Ambientais de riscos biológicos

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-2021

Assim, a vigilância dos fatores de risco não biológicos, é operacionalizada através dos programas: Vigiágua, Vigissolo e Vigiar, que passamos a expor a seguir.

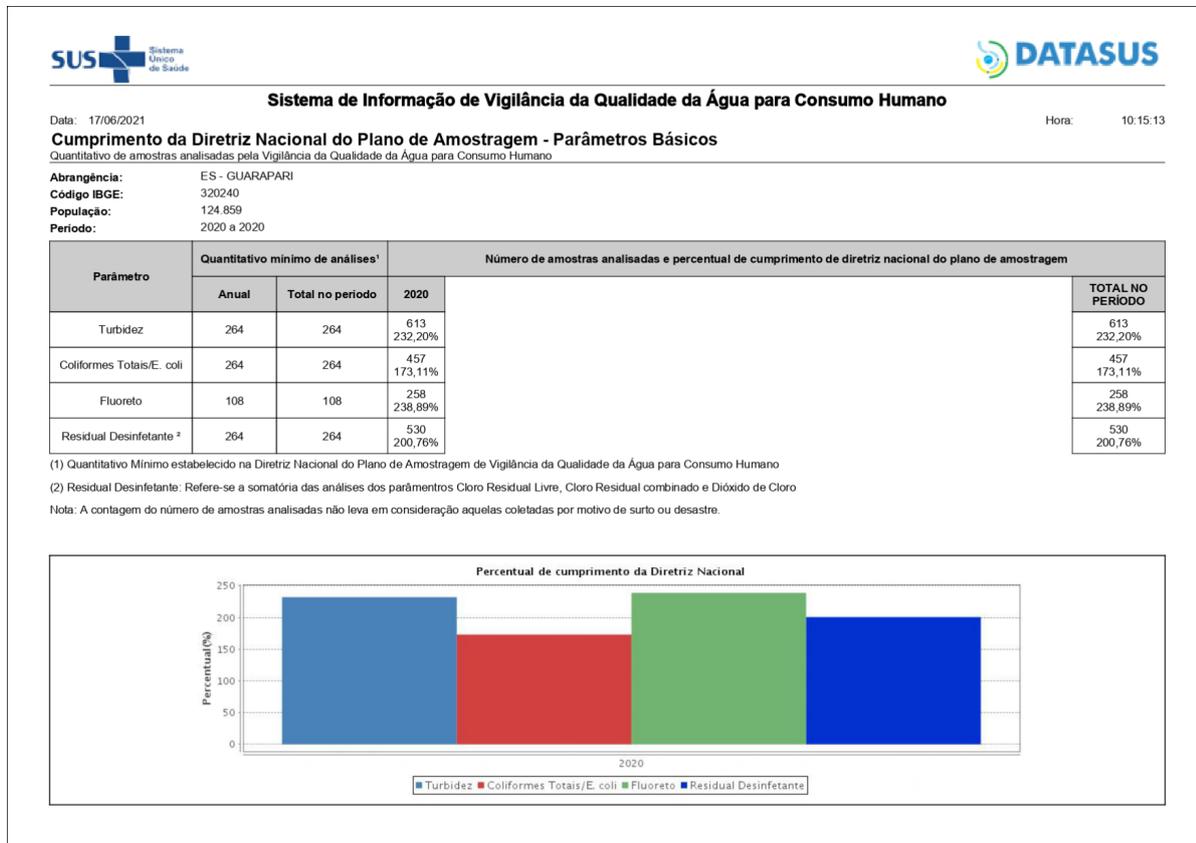
Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano (VIGIÁGUA)

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - Vigiágua, consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente, como parte integrante das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água. Conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 888, de 04 de maio 2021, que dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da

água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, alterando o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde são ações do Programa VIGIAGUA.

Ações do VIGIÁGUA:

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

TABELA 14 - Análises de água no Município de Guarapari no ano de 2020.

Fonte: Ministério da Saúde, 2021

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

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

ambiente em geral. E estes padrões devem obedecer a RESOLUÇÃO Nº 491, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2018.

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

A Unidade Sentinela do VIGIAR tem como parceria a vigilância epidemiológica que monitora os eventos que sejam de interesse para a saúde pública, como uma estratégia de vigilância de casos de doenças respiratórias em populações susceptíveis como as crianças menores de 5 anos (até 4 anos, 11 meses e 29 dias) e idosos (maiores de 60 anos), que apresentem um ou mais sintomas respiratórios descritos como: dispneia / falta de ar/ cansaço; sibilos/ chiado no peito e tosse que podem estar associados a outros sintomas, e nos agravos de asma, bronquite e infecção respiratória aguda.

Ações do VIGIAR:

Manter o sistema de informação atualizado anualmente através do Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR)

. Acompanhar as ações da vigilância epidemiológica no monitoramento de eventos relacionados a agravos provocados por poluição atmosférica.

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

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

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

Para a operacionalização das ações do VIGISOLO, foi proposta uma classificação das áreas de acordo com origem da contaminação, a saber: AD (Área Desativada); AI (Área Industrial); ADRI (Área de Disposição de Resíduos Industriais); DA (Depósito de Agrotóxicos); CN (Contaminação Natural); AM (Área de Mineração); AA (Área Agrícola); ADRU (Área de Disposição de Resíduos Urbanos); UPAS (Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços); e ACAPP (Área Contaminada por Acidente com Produto Perigoso). Pontos cadastrados pelo município de Guarapari: Postos de combustível, cemitérios, áreas contaminadas por lixões desativados, ferros-velhos, lavanderias,

indústria que trabalha com produtos químicos (xampus, esmalte, etc.), empresas que trabalham com inseticidas, empresas coletoras de resíduos de fossas, etc.

Ações do VIGISOLO:

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

Programa Municipal de Controle Populacional de Cães e Gatos

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

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

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

Com isso, o município de Guarapari, implantou o Programa de Controle Populacional, normatizado na Lei Municipal nº 3804/2014, visando realizar a castração cirúrgica de cães e gatos com o intuito de diminuir a população destes animais, ainda vale ressaltar que há critérios para selecionar os animais para a castração sendo contemplados prioritariamente

os animais errantes, concomitante a animais de proprietários dos bairros selecionados. O programa visa o recolhimento contínuo de animais soltos em via pública diariamente.

Esses animais são recolhidos, avaliados e quando estão em condições boas de saúde, são castrados. O animal é identificado com um microchip, onde contém um banco de dados com todas as suas informações, data de sua entrada, condições de saúde, tratamento utilizado, bairro onde foi recolhido e, para os animais de tutor, todas as informações do mesmo. Este microchip indica que o animal foi castrado no Centro de Controle de Zoonoses (CCZ).

Bairros Contemplados Castração de Animais com Tutor:

2017 : Paturá, Setiba, Santa Mônica e Pontal de Santa Mônica;

2018 : Santa Mônica, Perocão, Portal Club e Jabaraí;

2019: Aeroporto, Parque das Mansões, Jardim Boa Vista, Jardim Europa e Jardim Santa Rosa

2020: Praia do Morro, Muquiçaba, Acampamento Adventista, Tartaruga e Adalberto Simão Nader

2021: Itapebussu, Camurugi, Recanto da Sereia, Jaboticaba e Andana.

No quadro abaixo podemos ver o número de animais castrados por ano, contendo os animais de tutores e os recolhidos nas vias públicas.

TABELA 15 - Animais Castrados - Guarapari 2017 a 2021

| Cães e Gatos Castrados 2017 a 2021 | | | |
|-------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------|
| Ano | Animais de Tutor | Animais de Rua | Total |
| 2017 | 205 | 515 | 720 |
| 2018 | 482 | 302 | 784 |
| 2019 | 401 | 642 | 1043 |

| | | | |
|------------------|-------------|-------------|-------------|
| 2020 | 713 | 607 | 1320 |
| 2021* | 245 | 198 | 443 |
| 2017-2020 | 2046 | 2264 | 4310 |

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses

O CCZ (Centro de Controle de Zoonoses) conta ainda com o programa de adoção de cães e gatos, onde são realizadas feiras de adoção e divulgação em redes sociais. Abaixo, o número de animais adotados por ano.

TABELA 16 – Adoções realizadas nos anos de 2017 a 2021

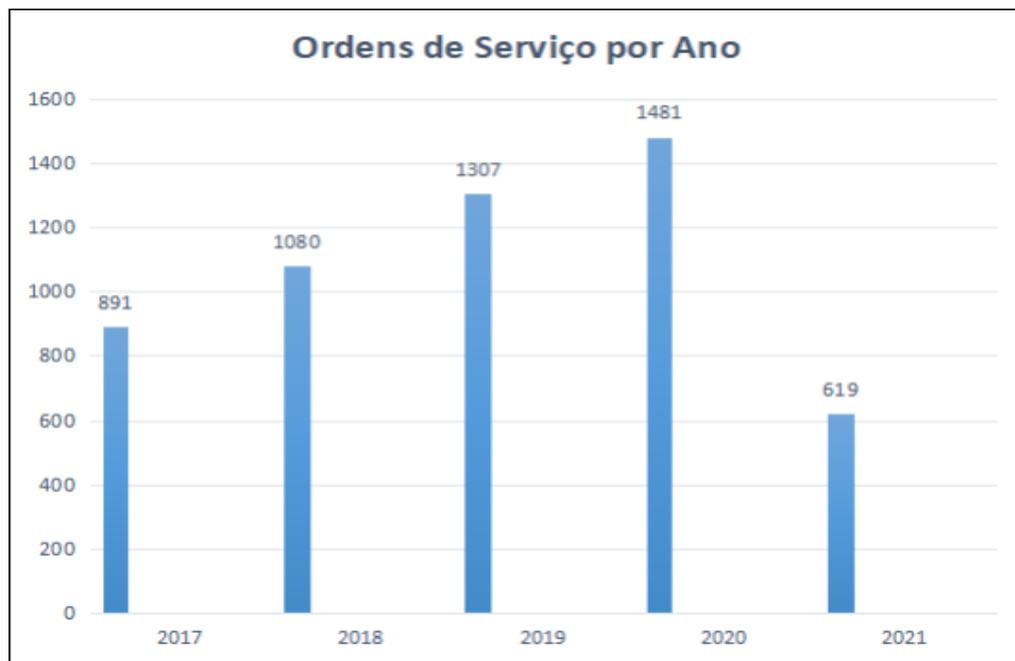
| Adoção 2017 a 2021 | |
|---------------------------|---------------|
| Ano | Adoção |
| 2017 | 41 |
| 2018 | 44 |
| 2019 | 76 |
| 2020 | 90 |
| 2021* | 21 |
| Total | 251 |

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses

Pelo setor também são realizados atendimentos através de ordens de serviço, onde o cidadão pode acionar por meio de contato telefônico ou presencial, os quais registram solicitações como:

- recolhimento de animais no cio;
- recolhimento de animais doentes ou em sofrimento;
- recolhimento de animais com suspeita de alguma zoonoses;
- recolhimento de animais agressores;
- denúncias de maus tratos e outros;

GRÁFICO 16 - Ordens de serviço atendidas por ano, Guarapari-ES, 2021.



Fonte: Centro de Controle de Zoonoses

Programa de Profilaxia da Raiva

O Programa visa o controle da raiva através do monitoramento, vacinação e atividades educativas. Tendo como principal causador da raiva humana no País os morcegos são de extrema relevância para este controle. Assim, são recolhidos pelo CCZ morcegos vivos ou

mortos que estejam caídos em residências ou ruas para que sejam encaminhados ao Laboratório de Diagnóstico da Raiva do IDAF-ES (Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do Espírito Santo), para análise de positividade ou não da raiva. São encaminhados também para este mesmo laboratório o cérebro de cães e gatos para identificação da doença.

TABELA 17 - Amostras encaminhadas para análise no período de 2015 a 2020

| Ano | Morcego, cérebro de cão/gato |
|------|------------------------------|
| 2015 | 20 |
| 2016 | 38 |
| 2017 | 48 |
| 2018 | 12 |
| 2019 | 27 |
| 2020 | 25 |

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-ES

Outra forma de controle da raiva, é a vacinação anual de cães e gatos. A vacina antirrábica animal é disponibilizada pelo Ministério da Saúde visando vacinar pelo menos 80% da população animal do município, sendo eles de rua, de área rural e urbana.

Em Guarapari, estima-se uma população de 18.641 animais calculado com base na população residente. Na última campanha de vacinação realizada em 2020 foram vacinados 16.924 animais, perfazendo um total de mais de 90% de cobertura vacinal.

TABELA 18 - Campanha de Vacinação Animal 2020

| Área | Cães | Gatos | Total |
|--------|-------|-------|-------|
| Rural | 5.636 | 1.379 | 7.015 |
| Urbana | 8.305 | 1.604 | 9.909 |

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-ES

Dentro do Programa ainda são realizadas as observações clínicas de animais. Toda pessoa agredida por cão e gato ou que teve contato com morcego deve procurar um ponto de atendimento de saúde para ser notificado quanto à agressão ou acidente com estes animais. Assim, durante 10 dias a equipe do CCZ vai ao local onde esteja o gato ou cão agressor para verificar se este animal tem alguma alteração clínica com relevância para raiva. Passados 10 dias e não apresentando nenhum tipo de alteração, é encerrada a vigilância neste animal.

GRÁFICO 17 – Observação Clínica de Animal nos anos de 2015 a 2020. Guarapari-ES, 2020



Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-ES

Programa de Controle do Aedes

O Programa Municipal de Controle do Aedes desenvolve diversas ações de monitoramento e controle do mosquito transmissor, o Aedes aegypti, que além da Dengue, também é responsável pela transmissão da Chikungunya; Zika e Febre Amarela. As atividades realizadas envolvem visitação e inspeção em imóveis comerciais, domiciliares, terrenos baldios e outros. Nesta visita, o agente faz a eliminação mecânica dos criadouros, controle químico quando necessário e também realiza orientação ao proprietário. Dentre essas atividades estão:

- visita domiciliar dos agentes de endemias;
- levantamentos de índice rápido para acompanhamento do potencial de infestação do mosquito;
- aplicação de inseticida espacial que controla a população do inseto adulto;
- aplicação de larvicida em pontos estratégicos com grande volume de criadouros;
- aplicação de larvicida em bueiros e coleções hídricas perenes ou sazonais;
- e vedação de caixas d'água em imóveis suscetíveis de risco social.

TABELA 19 – Ações do Controle do Aedes em Guarapari, 2020.

| Ação realizada | Quantidade |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|
| Imóveis visitados | 163.694 |
| Intervenção química | 49.507 |
| Criadouros eliminados | 149.978 |
| Pontos estratégicos visitados | 1.726 |
| Bloqueios de casos de Dengue, Zika ou Chikugunya(quateirões) | 401 |

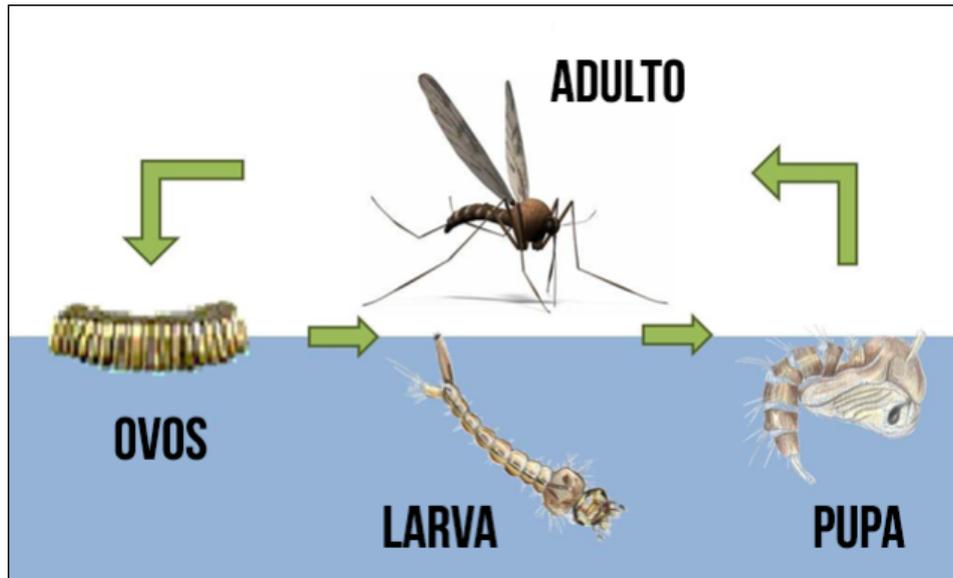
Fonte: Sistema de Informação de Controle de Vetores de Arboviroses Transmitidas por Mosquito (SISCATMOS) – 2020.

Programa de Controle do Mosquito Comum

O Programa de Controle do Mosquito Comum, consiste em diversas ações integradas para controlar, interromper e diminuir a população de mosquitos.

São realizadas atividades na fase inicial do ciclo do mosquito, bem como em sua fase alada. Veja abaixo, o ciclo do mosquito comum.

FIGURA 6 – Ciclo do Mosquito Comum



Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-ES

Na fase inicial do mosquito, a equipe do Programa realiza o tratamento em locais com água parada, locais de passíveis da presença do mosquito, quais são: bueiros, “bocas de lobo”, chafariz, terrenos com água, locais com grande acúmulo de água retidos. É realizado um tratamento com larvicida biológico.

Já na fase adulta do mosquito, existem 2 veículos com um aparelho de termonebulização (Fumacê), que visa o controle químico do mosquito já na fase alada (adulto). Esses veículos fazem a termonebulização na área urbana.

TABELA 20 – Número de Intervenções Químicas – Guarapari, 2020.

| Ação | Quantidade de tratamento |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|
| INSPEÇÃO E INTERVENÇÃO QUÍMICA DE VALÕES E TERRENOS ALAGADOS | 6.382 |

| | |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| APLICAÇÃO ESPACIAL PARA CONTROLE DO MOSQUITO ALADO NOS BAIRROS | 1.231 |
| CONTROLE DE INSETOS EM BUEIROS | 6.542 |

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses, Guarapari-ES

Endemias Rurais

A Equipe de Endemias Rurais, desenvolve atividades em área rural e/ou em casos importados de outros municípios, Estados e Países. Podemos destacar aqui, quatro zoonoses de relevância: Doença de Chagas, Malária, Esquistossomose e Leishmaniose.

- Doença de Chagas: Parasitose exclusiva do continente americano, provocada por um protozoário que tem como hospedeiro intermediário um triatomíneo (barbeiro), presente no Território VII. Com isso, é realizado um trabalho de educação em saúde orientando acerca da doença e também quanto à presença do barbeiro. Estes, quando capturados, são encaminhados ao laboratório de Saúde Pública do CCZ para identificação da presença do protozoário. É comum a equipe utilizar um produto químico vulgarmente conhecido como “desalojante” para captura em locais onde o barbeiro possa estar.

- Malária: Doença também conhecida como impaludismo, tremedeira, febre intermitente, sezão, etc. provocada por plasmódios que parasitam os eritrócitos. Não existe no município casos autóctones de Malária, com isso é feito um trabalho de monitoramento de chegada de pacientes com possíveis sintomas da doença. O Centro de Controle de Zoonoses conta com uma equipe sentinela que realiza um exame de gota espessa a partir da chegada de um paciente de área endêmica e/ou que apresenta os sintomas. O material coletado é encaminhado para o LACEN-ES (Laboratório Central do Estado) e, após confirmação positiva, o paciente já é medicado.

- Esquistossomose: também conhecida como barriga-d'água, é transmitida pelo verme da família Schistosoma, que se espalha pela água na presença de caramujos contaminados. Aqui no município é realizada a vigilância em relação a possíveis casos autóctones ou importados através de sintomas e áreas de relevância. Assim, todo paciente suspeito realiza exame para identificação da doença.

O exame indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é o método Kato-Katz, considerado como padrão-ouro para o diagnóstico da infecção humana pelo Schistosoma mansoni. Esta análise é feita pelo Laboratório de Saúde Pública Municipal instalado no Centro de Controle de Zoonoses credenciado pelo LACEN-ES. O paciente positivo para doença, inicia assim o tratamento.

- Leishmaniose: presente no município, a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), também conhecida como “ferida brava” ou “úlceras de bauru” é uma doença infecciosa, não-contagiosa, causada por protozoário do gênero Leishmania, de transmissão vetorial, que acomete pele e mucosas, tendo como reservatórios marsupiais e roedores e o cão como hospedeiro acidental. A transmissão se dá pelo mosquito flebótomo, também conhecido como mosquito-palha. A equipe realiza a vigilância da doença em áreas rurais e ainda faz o controle químico em residências visando a diminuição da população do mosquito-palha. E ainda, para pacientes com lesões suspeitas, é realizado pela equipe do laboratório do CCZ a coleta de material para análise, sendo o exame direto (esfregaço de lesão, imprint por aposição): diagnóstico de certeza pelo encontro do parasito na sua forma amastigota, sendo encaminhado posteriormente para análise no LACEN (Laboratorial Central).

- Leishmaniose Visceral: também conhecida como calazar é uma doença causada principalmente pelos protozoários Leishmania chagasi e Leishmania donovani, e ocorre quando um pequeno inseto da espécie Lutzomyia longipalpis, popularmente conhecido

como mosquito-palha ou birigui, infectado por um dos protozoários, pica e libera esse parasita na corrente sanguínea da pessoa resultando em doença. Em levantamentos entomológicos no município, não foi encontrado o *Lutzomya longipalpis*. O Município de Guarapari não é área endêmica para a leishmaniose visceral realizando apenas o monitoramento para casos importados.

2.1.3.4.3. Vigilância Sanitária

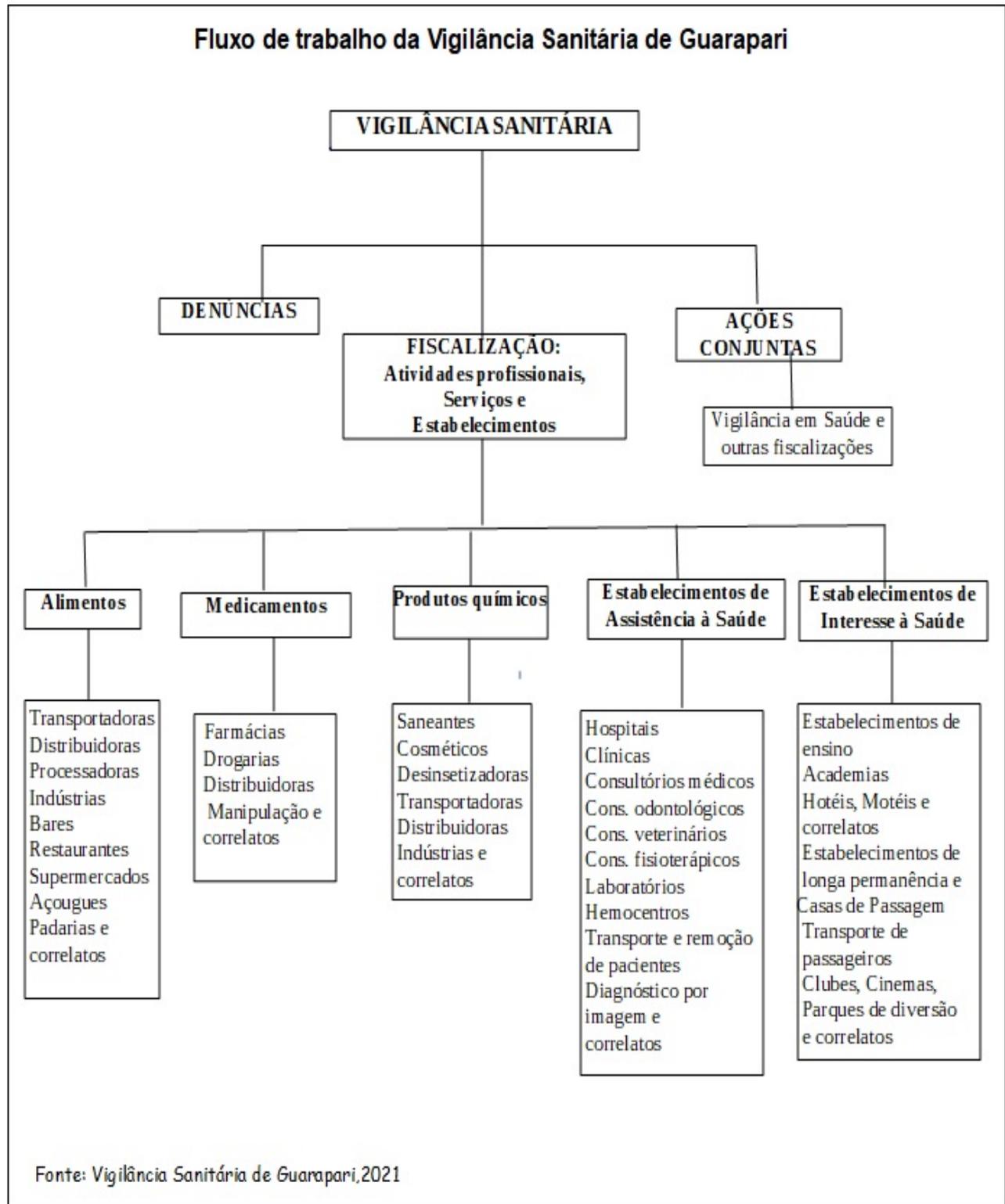
A Vigilância Sanitária (VISA) instituída em Guarapari através da lei municipal N° 1.362/97, executa ações amparadas de forma geral em normativas federais, estaduais e municipais. A VISA possui o Código Sanitário Municipal N° 1.696/97, onde o seu cumprimento se dá através de "autoridade sanitária" instituída por portaria.

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

Vinculada à Secretaria Municipal de Saúde ela integra a Vigilância em Saúde junto à Ambiental e à Epidemiológica.

Além das funções originariamente depreendidas pela VISA Municipal, o setor atua de forma conjunta com outros órgãos fiscalizadores subsidiando ações intersetoriais desenvolvidas em prol do Município.

FIGURA 7 – Fluxo de trabalho da Vigilância Sanitária de Guarapari



Fonte: Vigilância Sanitária de Guarapari, 2021

A missão fiscalizadora e orientadora da Vigilância Sanitária deve estimular e propiciar a conscientização e responsabilidade na busca constante de melhoria das condições de segurança e qualidade sanitária em nosso território, no que tange aos itens do seu campo de atuação.

2.1.3.4.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador

É um componente do sistema nacional de vigilância em saúde, que visa a promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

Objetivos específicos:

A finalidade é promover um meio ambiente laboral higido e livre de doenças e acidentes decorrentes do trabalho, melhorando as condições de trabalho e minimizando as consequências prejudiciais e contribuir na formação de uma sociedade que promova a saúde preventiva através dos espaços de trabalho e visa a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área da saúde.

- a) Caracterização do território, perfil social, econômico e ambiental da população trabalhadora.
- b) Intervenção nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los.
- c) Vigilância do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando situações de risco à saúde em potencial, fazendo cumprir a legislação e as normas técnicas.

-
- d) Antecipação das ações da VISAT, por meio das informações referentes a implantações de novos processos produtivos e de serviços, polos de desenvolvimento.
- e) Capacitação das fontes notificadoras públicas e privadas.
- f) Capacitação do trabalhador, para a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza no sentido da promoção da saúde.
- g) Avaliação do impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle e atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde, para subsidiar a tomada de decisões das instâncias do SUS e órgãos competentes.

De acordo com a NORMA OPERACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS (NOST-SUS) – Portaria MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, em seu Art. 3º, cabe ao Município, através da Secretaria de Saúde, realizar as ações discriminadas, conforme a sua condição de gestão:

1 Definir que, para a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, serão organizadas e implantadas:

I. Ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF). II. Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) III. Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS.

II. Art.4º Definir que as Equipes da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família serão capacitadas para a execução de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições serão estabelecidas em ato específico da Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/MS.

III. as Secretarias Municipais de Saúde definirão, de forma pactuada e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, os serviços ambulatoriais e hospitalares envolvidos na implementação de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições devem estar em concordância com as diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador.

E, segundo a Portaria MS Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, em seu Art. 13, compete aos gestores municipais de saúde:

- I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador;
(...)
- III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
(...)
- VII - participar, em conjunto com o Estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;
- VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns;
- IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;
- X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (BRASILIA, 2012).

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

ACS – Agente Comunitário de Saúde:

O agente comunitário de saúde é um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional nos serviços de atenção básica à saúde e desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como foco as atividades educativas

em saúde, em domicílios e coletividade, o ACS é o profissional que realiza a integração dos serviços de saúde da atenção básica com a comunidade.

Objetivo:

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

Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

Desempenham atividades técnicas de enfermagem na área de saúde ocupacional , em conformidade com as boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança.

Objetivo:

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

Enfermeiro:

O enfermeiro tem o objetivo de promover, conserva e recuperar a saúde dos trabalhadores, cabe a ele promover programas de prevenção das doenças ocupacionais e dos acidentes do trabalho.

Objetivo:

- a) Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à Saúde do Trabalhador.

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

Médico:

O médico tem por função garantir o bem estar e a saúde laboral dos trabalhadores e também assegurar as condições ideais de trabalho.

Objetivo:

- a) Prover a assistência médica ao trabalhador com suspeita de agravo à saúde causado pelo trabalho, encaminhando-o a especialistas ou para a rede assistencial de referência (município / referência regional ou estadual), quando necessário.
- b) Realizar análise clínica (anamnese) para estabelecer a relação entre o trabalho e o agravo que está sendo investigado.
- c) Participar da programação e das ações de assistência básica voltadas à vigilância em Saúde do Trabalhador.
- d) Notificar acidentes e doenças do trabalho, mediante instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde.

2.1.3.5. Atenção Primária

Segundo a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, o município de Guarapari encontra-se habilitado em

Gestão Plena da Atenção Básica. Neste contexto, são evidenciadas três diretrizes de atenção à saúde, incluindo:

Fortalecimento e estruturação das ações na Atenção Básica;

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

Capacitação dos Profissionais de Saúde.

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

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

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

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

Ressaltam-se, inicialmente, aspectos que envolvem todas as diretrizes na análise da atenção à saúde, constituindo-se importantes pilares estruturantes das ações com objetivo de superar as possíveis desigualdades em saúde: a reorganização da prática

assistencial e a qualificação das ações e serviços oferecidos. Em relação ao primeiro, ressaltam-se o fortalecimento da Atenção Básica através da operacionalização de seus princípios ordenadores que implica na acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura a atenção à saúde;

- a) A existência do aporte regular de cuidados, pela equipe de saúde, ao longo do tempo, no ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde e Usuários;
- b) A oferta de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adstrita e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, sociais e psicológicos que causam as doenças e garantir a continuidade de atenção, através da equipe de saúde no que se refere aos problemas que requerem seguimento constante.

Em relação ao segundo, enfatiza-se a humanização do atendimento, promovendo-se melhor acolhimento dos pacientes nos serviços de saúde e no relacionamento: usuário e demais Profissionais de Saúde. Por isso, a consolidação do SUS exige não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas uma constante qualificação da prática assistencial focada na organização de serviços básicos de qualidade e eficientes, capazes de solucionar 80% dos problemas em saúde. A focalização nos indivíduos e suas famílias e o reconhecimento de suas necessidades em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, através de uma análise situacional das Equipes de Estratégia de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica. Nessa perspectiva, o fortalecimento da Atenção Básica é consolidado através da expansão da cobertura da Atenção Primária em Saúde.

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

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

2.1.3.5.1. Equipe de Saúde da Família e Equipe de Atenção Básica

A estratégia de Saúde da Família (eSF) e a equipe de Atenção Básica (eAB) estão no primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e são consideradas essenciais para a organização e o fortalecimento da atenção primária.

A partir do acompanhamento dos usuários e suas famílias, localizados em uma área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, de forma geral e contínua. O atendimento é prestado nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas e/ou nos domicílios pelos profissionais integrantes das equipes multiprofissionais. De acordo com a Portaria 2.436, a equipe de atenção básica (eAB) e de saúde da família (eSF) abrangerá em média, de 2.000 a 3.500 pessoas, localizadas dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica, além dessa faixa populacional podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, sobre o qual se recomenda a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

As equipes estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a coresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção. Além disso, tem como estratégias de trabalho:

conhecer a realidade da área pela qual são responsáveis, por meio de cadastramento de usuários e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;

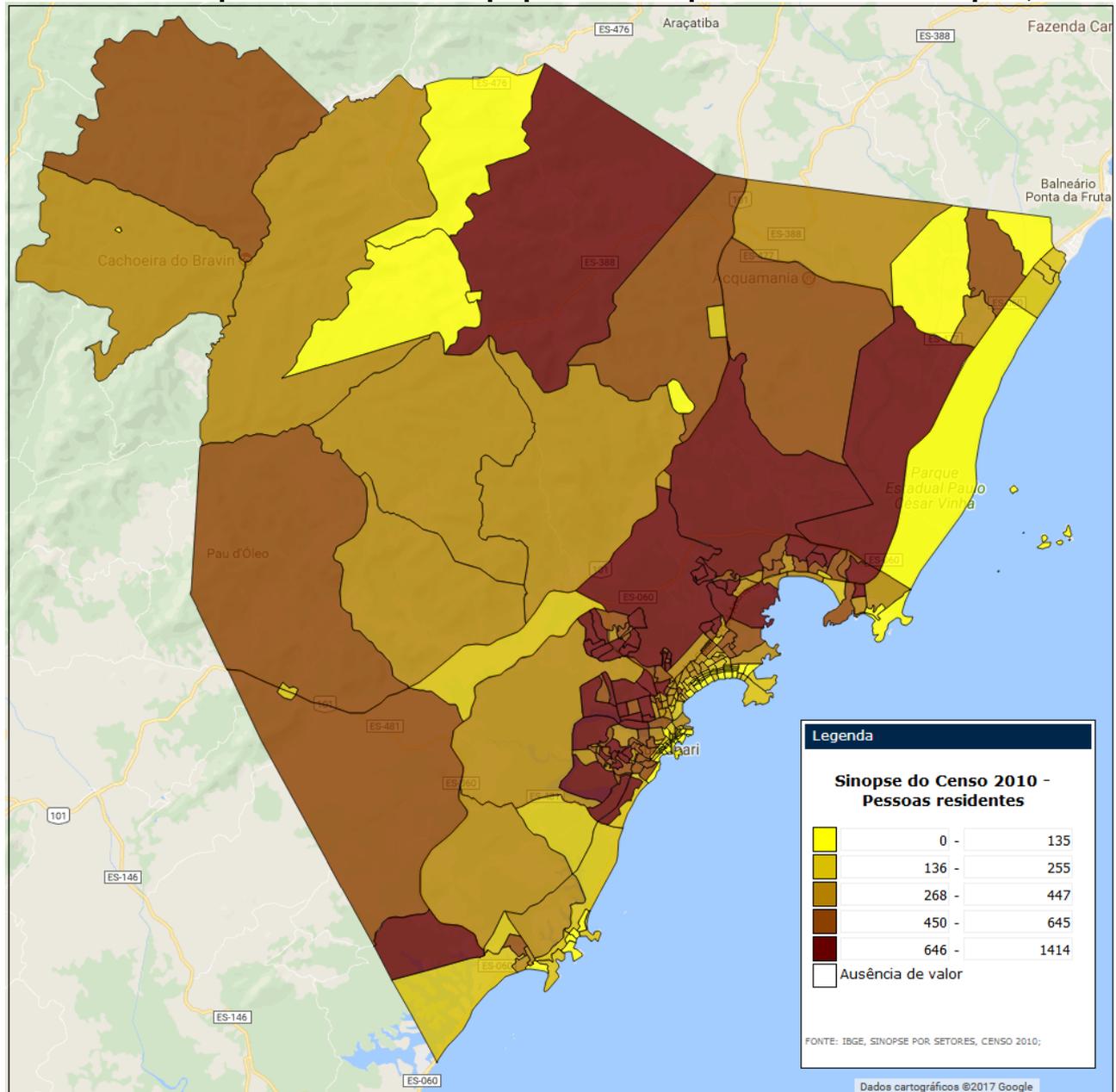
identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta;

e prestar assistência integral, realizando o encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário.

2.1.3.5.2. Territórios Sanitários

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

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

MAPA 3 – Mapa de densidade populacional por setores. Guarapari, 2017

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

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

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

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

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

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

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

Em 2016, a estimativa apontava para uma população total de 121.506 habitantes e, em 2020 o Ministério da Saúde estimou o total de 126.701 habitantes.

Território Sanitário I

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

População estimada: 9.132 habitantes.

Território Sanitário II

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

População estimada: 19.387 habitantes.

Território Sanitário III

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

População estimada: 14.754 habitantes.

Território Sanitário IV

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

População estimada: 13.759 habitantes.

Território Sanitário V

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

População estimada: 9.086 habitantes.

Território Sanitário VI

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

População estimada: 12.701 habitantes.

Território Sanitário VII

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

População estimada: 7.474 habitantes.

Território Sanitário VIII

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

População estimada: 9.364 habitantes.

Território Sanitário IX

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

População estimada: 25.530 habitantes.

Território Sanitário X

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

População estimada: 5.515 habitantes.



2.1.3.6. Estabelecimentos de Saúde

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

O município aderiu ao Programa Mais Médicos Pelo Brasil (do Governo Federal) e ao Programa ICEPi-ES (Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde), possibilitando assim a inserção de mais profissionais médicos nas Unidades de Saúde. O Município ampliou o quadro funcional e a composição das equipes de cada território.

A rede ambulatorial do município é composta principalmente por Unidades Básicas de Saúde, 65%.

A Prefeitura, através da Secretaria Municipal de Saúde, tem mantido 33 (trinta e três) Estabelecimentos, assim distribuídos: *13 Unidades de Saúde da Família; 8 Unidades Básicas, 7 Centros de Referência, 1 UPA-24h*, além destes, a SEMSA dispõe de *3 Unidades de Vigilância em Saúde e 1 Central de Regulação Municipal*, cujo objetivo é assegurar a execução das ações relativas à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Nos quadros a seguir, demonstramos os quantitativos dos estabelecimentos de saúde e os programas que foram implementados e implantado.

**TABELA 21 – Quadro dos estabelecimentos de saúde por bairro. Guarapari, 2020.**

| ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – SEMSA – GUARAPARI, 2020 | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|
| CNES | Nome Fantasia | Bairro |
| UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA | | |
| 2466368 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MARIA LUCIA C LORA | JABARAI |
| 3467635 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE CAMURUGI | CAMURUGI |
| 2466392 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA RALPH DALFIOR GONCALVES | RIO CLARO |
| 2466430 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MARIO SERGIO C PEREIRA | KUBISTCHEK |
| 2630044 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA LUIZ BUBACK | RIO GRANDE |
| 2466449 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA NARBAL DE PAULA | SETIBA |
| 2490323 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PEDRO MACHADO | BELA VISTA |
| 2466384 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA NORMILIA CUNHA | PEROCAO |
| 2466333 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PROFª TEREZINHA SANTOS | INDEPENDÊNCIA |
| 7065329 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ARNALDO MAGALHAES | MUQUIÇABA |
| 7512716 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAPEBUSSU | ITAPEBUSSU |
| 3467619 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE SANTA MONICA | SANTA MONICA |
| 2466465 | UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA JADER AVELAR BOCHI | ADALBERTO S. NADER |
| UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE | | |
| 6355471 | UNIDADE BASICA DE SAUDE DE RECANTO DA SEREIA | PRAIA DO SOL |
| 2466287 | UNIDADE BASICA DE SAUDE THEREZA LOYOLA DE JESUS | MEAIPE |
| 2630052 | UNIDADE BASICA DE SAUDE DE AMARELOS | AMARELOS |
| 3011321 | UNIDADE BASICA DE SAUDE BOAVENTURA D ALMEIDA | SÃO MIGUEL |
| 3467651 | UNIDADE BASICA DE SAUDE DE BARRO BRANCO | BARRO BRANCO |
| 2466414 | UNIDADE BASICA DE SAUDE MARIA MADALENA A. GOBBI | TODOS OS SANTOS |
| 7015445 | UNIDADE BASICA DE SAUDE DE VILAGE DO SOL | PRAIA DO SOL |
| 6941893 | UNIDADE BASICA DE SAUDE DE PARAISO | SAMAMBAIA |
| CENTROS DE REFERÊNCIA | | |
| 3467678 | CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL DE GUARAPARI CAPS II | SANTA MONICA |
| 5506514 | CENTRO DE ATENCAO A SAUDE DA MULHER | MUQUIÇABA |
| 5078636 | CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO CTA | PARQUE AREIA PRETA |
| 2466325 | CENTRO DE SAUDE DR ARNALDO MAGALHAES NETO | MUQUIÇABA |
| 2466295 | CENTRO DE SAUDE DR ROBERTO CALMON | CENTRO |
| 7512686 | CENTRO MUNICIPAL DE SAUDE | ITAPEBUSSU |
| 2494469 | CENTRO ODONTOLOGICO MUNICIPAL | MUQUIÇABA |
| UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO | | |
| 2466422 | UPA II DR JOAO BATISTA DE ALMEIDA NETO | IPIRANGA |
| UNIDADES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE | | |
| 5460328 | CENTRO DE CONTROLE DE ZONOSSES | SANTA MONICA |
| 2466341 | UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | MUQUIÇABA |
| 2466473 | UNIDADE DE VIGILANCIA SANITARIA GUARAPARI | MUQUIÇABA |



| | CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ACESSO | |
|----------------|--------------------------------|------------------|
| 5078571 | CENTRAL DE REGULACAO MUNICIPAL | MUQUIÇABA |

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES 2020

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

2.1.3.7. Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA

Conceito: É o serviço de assistência à saúde que oferece o diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, de forma gratuita, atendendo sua demanda social, tanto espontânea quanto provocada. Nesse serviço é possível realizar testes gratuitos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C.

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

Objetivos:

Promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, Hepatites B e C e Sífilis e à prevenção dessas e demais DST, favorecendo segmentos populacionais



em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais.

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

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

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

Equipe: Equipe Multidisciplinar composta de Enfermeiro, Psicólogo, Farmacêutico, Médico, Assistente Social, Técnicos e Auxiliares em Enfermagem e Apoio Administrativo. De forma complementar, o serviço de odontologia é prestado a pacientes referenciados pela Equipe do CTA.

Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS – SAE

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

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



2.1.3.8. Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada

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

TABELA 22 – Quadro de leitos por estabelecimento

| INSTITUIÇÃO | TIPO DE PRESTADOR | Nº DE LEITOS |
|-----------------------------------------|-------------------|--------------|
| Hospital e Maternidade São Pedro (*) | Particular | 20 |
| Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h | Público | 16 |
| Hospital Francisco de Assis - HFA | Público | 69 |
| TOTAL | | 105 |

Fonte: CNES/SUS/2021.

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

Número de leitos conforme dados atualizados do CNES.

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H Dr. João Batista de Almeida Neto

Em 2010, foi inaugurada a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, na Rua Cachoeiro de Itapemirim, s/nº, Bairro Ipiranga. A Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h é uma estrutura de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de Urgência Hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. De acordo com a Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011, as UPA's 24h têm as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

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



- II - Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA-24h;
- III - Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- IV - Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário;
- V - Articular-se com unidades básicas de saúde/saúde da família, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- VI - Possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte;
- VII - Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- VIII - Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica;
- IX - Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- X - Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;



- XI - Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- XII - Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 horas;
- XIII - Manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- XIV - Encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, conforme antes mencionado, por meio das centrais reguladoras;
- XV - Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- XVI - Contra-referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- XVII - Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e
- XVIII - Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

A UPA é classificada como Porte II, em conformidade com os dispostos na Portaria GM/MS nº 10/2017. Possui capacidade de 16 leitos de observação, sendo estes 02 leitos de emergência, 04 leitos de intermediária, 02 leitos de isolamentos e 08 leitos de enfermaria clínica. Para isso, a UPA conta com equipe técnica multidisciplinar capacitada, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos em radiologia, assistente social, farmacêuticos, auxiliares de serviços gerais, recepcionistas, auxiliares administrativos, supervisão de enfermagem, direção clínica e direção-geral.

A UPA realiza os encaminhamentos por intermédio da Guia de Referência e



Contra-referência, para os municípios de Vitória, (HINSG-Hospital Infantil nossa Senhora da Glória, Hospital São Lucas, Hospital Santa Casa de Misericórdia), Vila Velha (Hospital Bezerra de Farias, HIMABA-Hospital Infantil Maternidade Alzir Bernardino Alves e Hospital Evangélico) e Serra (Hospital Dório Silva), de acordo com a necessidade clínica do paciente e de uma rede de referenciamento pré-estabelecida através dos serviços oferecidos em cada hospital de referência.

Além disso, a UPA conta com atendimento ortopédico para traumas, com serviço de imobilização ortopédica, além de serviço de remoção com 02 (duas) equipes completas para remoções de suporte básico 24 horas para atendimento às transferências inter-hospitalares, farmácia básica e farmácia hospitalar 24 horas por dia.

Em virtude das demandas ocasionadas pela Pandemia da Covid-19, a UPA concentrou os atendimentos relacionados às Síndromes Respiratórias. Para tanto, foi montado o Ambulatório Provisório de Síndromes Respiratórias, em anexo a UPA, o objetivo foi separar os atendimentos clínicos dos casos suspeitos e/ou confirmados da doença, bem como zelar pela saúde dos profissionais que atuam na unidade. O ambulatório conta com serviço médico e de enfermagem, coleta de exames, realização de testes para detecção do vírus (RT-PCR), além de 05 (cinco) leitos de observação.

TABELA 23 – Atendimentos realizados pela UPA-24 horas.

| Atendimentos Realizados na UPA | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| PROCEDIMENTOS | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Número de Atendimentos | 70.119 | 93.951 | 102.359 | 81.250 |
| Administração de medicação | 64.768 | 78.594 | 83.833 | 107.866 |
| Atendimento com Remoção | 2.304 | 2.716 | 3.479 | 2.952 |
| Curativos Grau I e II | 1.897 | 3.056 | 3.186 | 2.277 |
| Coleta de Exame Laboratorial | 70.327 | 82.955 | 105.699 | 116.811 |
| Pacientes que realizaram Eletrocardiograma | 1.564 | 2.707 | 3.481 | 2.220 |
| Pacientes que realizaram glicemia capilar | 12.008 | 12.366 | 12.976 | 12.529 |



| | | | | |
|---------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Pacientes que fizeram Oxigenoterapia | 199 | 682 | 286 | 990 |
| Raios-X | 12.287 | 14.432 | 16.996 | 19.501 |
| Atendimentos Ortopedia/Traumatologia | 378 | 1.081 | 4.148 | 2.865 |
| Imobilização Ortopédica | 429 | 896 | 1.554 | 916 |
| Atendimentos Serviço Social | 1.195 | 1.721 | 1.781 | 2.962 |

Fonte: SIGSS/2020 Fonte: Diretoria Administrativa da UPA-24h/2017.

Hospital Francisco de Assis

Inaugurado em 11 de maio de 2014, no dia das mães o Hospital Francisco de Assis, que está localizado à Rua Josias Cerutti, s/nº, Praia do Morro é fruto de uma parceria do Governo Estadual e o Município de Guarapari. O hospital, de natureza filantrópica, é especializado na atenção materno-infantil e conta com serviços de Urgência e Emergência às gestantes e crianças de até 12 anos, Maternidade, UTI Pediátrica e Neonatal. Possui corpo técnico especializado, totalizando 222 funcionários, além de prestadores de serviço.

TABELA 24 – Detalhamento da programação de leitos

| TIPO | Nº de Leitos |
|-------------------------------|---------------------|
| Obstetrícia | 27 |
| Pediatria Clínica e Cirúrgica | 32 |
| UTIN | 8 |
| UTIP | 2 |
| Total | 69 |

Fonte: Gerência Administrativa HFA.

TABELA 25 – Movimento ambulatorial e hospitalar

| PROCEDIMENTOS | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | TOTAL |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Atendimento Ambulatorial Pediátrico | 1.473 | 1.519 | 1.757 | 608 | 5.357 |
| Atendimento Urgência Pediátrico | 39.917 | 40.889 | 41.030 | 21.686 | 143.522 |



| | | | | | |
|----------------------------------------------|---------|---------|---------|--------|---------|
| Atendimento Ambulatório Obstétrico | 531 | 403 | 479 | 564 | 1.977 |
| Atendimento Urgência Obstétrico | 8.763 | 10.042 | 10.263 | 8.667 | 37.735 |
| Sutura/ Curativo | 318 | 588 | 605 | 652 | 2.163 |
| Pequenas cirurgias | 538 | 116 | 88 | 57 | 579 |
| Nº de exames laboratoriais | 38.498 | 39.658 | 58.964 | 39.263 | 176.383 |
| Eletrocardiograma | 25 | 68 | 157 | 92 | 342 |
| Glicemia Capilar | 7.789 | 8.497 | 9.147 | 9.249 | 34.682 |
| Oxigenioterapia | 107 | 100 | 172 | 93 | 472 |
| Nº de Partos Normais | 754 | 861 | 718 | 699 | 3.032 |
| Nº de Cesarianas | 559 | 539 | 669 | 685 | 2.452 |
| Taxa de ocupação de leitos da UTIN | 89,51% | 89,67% | 89,24% | 80,79% | - |
| Nº de transferências por urgência obstétrica | 83 | 92 | 86 | 76 | 337 |
| Nº de transferências pediátricas | 1.590 | 1.635 | 1.107 | 1.058 | 5.390 |
| TOTAL | 100.945 | 105.007 | 125.242 | 83.449 | 414.423 |

Fonte: Gerência Administrativa HFA.

Além dos serviços descritos, o HIFA ainda conta com projetos, como a Visita da Gestante, onde semanalmente são realizadas as visitas das gestantes com a presença da equipe multidisciplinar cujo objetivo é criar vínculo com as pacientes antes do momento tão aguardado, além disso, apresentar a maternidade, a equipe e tirar as principais dúvidas das futuras mães. Porém, devido ao cenário instalado no ano de 2020, ocasionado pela Pandemia da COVID-19 as visitas precisaram ser suspensas e com isso foi criado o Guia da Gestante, em formato digital, que permite orientar as mães e seus acompanhantes sobre a proximidade do momento do nascimento do bebê. Este material reúne os principais conteúdos transmitidos durante a visita presencial, além de fotos da maternidade e se encontra disponível para download no site do hospital e em suas redes sociais.

Ainda, todos os anos, geralmente no mês de outubro, a instituição realiza a Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT), através da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), cujo objetivo é conscientizar os funcionários e alertar sobre os possíveis riscos no ambiente de trabalho.



O HIFA promove ainda, todos os anos, a Semana da Enfermagem, que acontece entre os dias 12 e 20 de maio, datas estas onde são comemorados o Dia Internacional da Enfermagem e o dia do Enfermeiro. Neste período são promovidas palestras e mini-cursos para a equipe de enfermagem. Além destes projetos, o HIFA ainda conta visitas do Grupo Cheios da Graça, Curso de Gestante gratuito, Saúde na Praça e o Coral Luz de Francisco, que buscam aproximar a instituição cada vez da sociedade guarapariense..

Central de Regulação Municipal – CRM

A Central de Regulação Municipal (CRM) instituída a partir da implantação do Protocolo de Regulação e Acesso com aprovação do Conselho Municipal de Saúde através da Resolução nº 009/2012 em setembro iniciou suas atividades em 15 de outubro do mesmo ano.

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

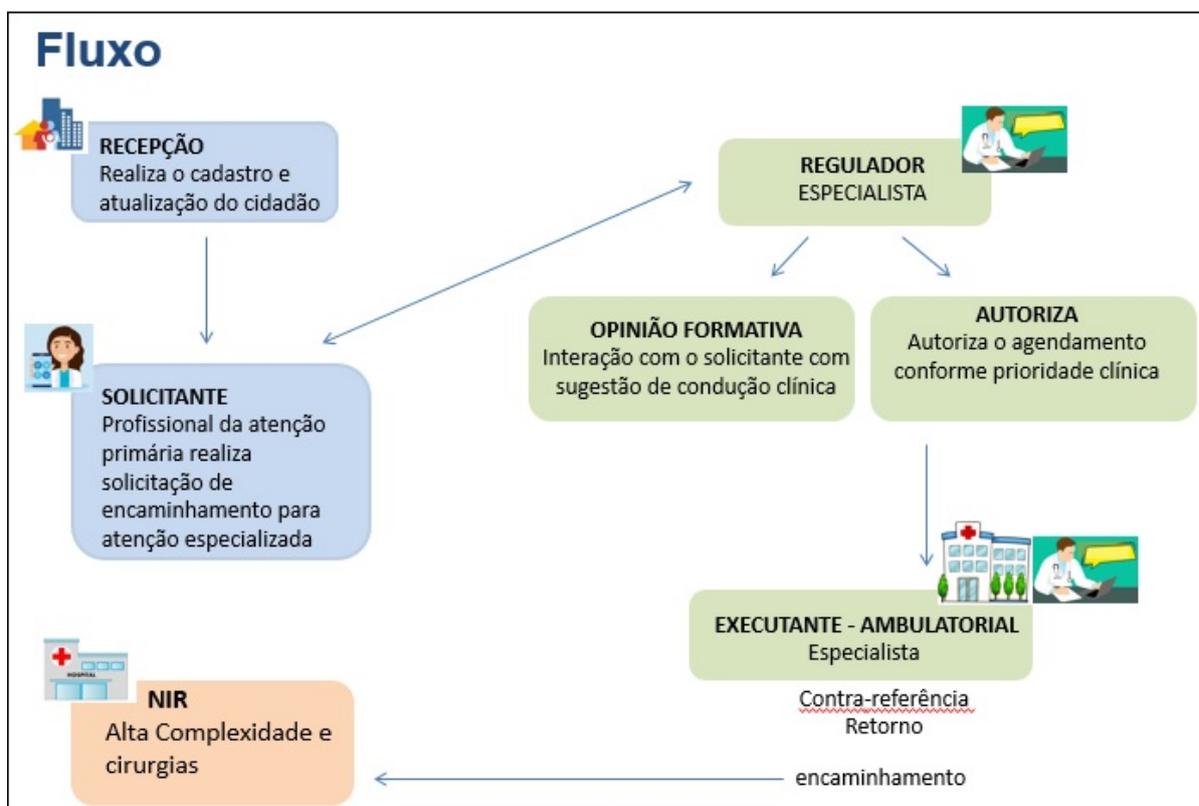
Em 17 de setembro de 2013 foi implantado o Sistema de Regulação - SISREG III uma ferramenta do DATASUS com o módulo de regulação ambulatorial para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados de média/alta complexidade e de caráter eletivo.

A Secretaria de Estado da Saúde implantou em maio de 2017 um portal de filas para facilitar o acesso do cidadão aos serviços de saúde. Nesse portal a população pode acompanhar o andamento de sua solicitação e em qual posição se encontra na fila de espera de consultas e exames regulados.

A Central de Regulação Municipal tem como finalidades:

- Inserção dos encaminhamentos na lista de espera do SISREG;
- Agendamento de retorno de consultas e exames, sinalizados por prioridades aqueles necessários para definição de diagnóstico ou continuidade de tratamento;
- Acompanhamento diário das solicitações enviadas, casos agendados, devolvidos, negados ou reenviados pela regulação no sistema;
- Agendamento de consultas e exames através de sistema próprio municipal para o atendimento pelo Consórcio Intermunicipal;
- Entrega dos comprovantes de agendamentos, juntamente com os encaminhamentos originais em tempo hábil para as Unidades de Saúde Municipais realizarem a devolução ao paciente, para que não haja absenteísmo.

FIGURA 8 – Fluxo da autorregulação formativa territorial. Vitória-ES, 2020



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde.



A partir da nova organização e funcionamento da atenção e da vigilância em saúde no âmbito estadual do SUS implementado pela Portaria SESA-ES nº 102-R, de 20 de maio de 2021, o fluxo de acesso central regional de regulação evoluiu ao novo modelo considerando as premissas levantadas pela equipe técnica da SESA-ES através de estudos diagnósticos com base na série histórica do antigo sistema, dentre as quais citam: alta demanda/absenteísmo; distribuição geográfica; capacidade instalada; habilitação/prestadores e judicialização.

O objetivo do modelo de autorregulação formativa territorial é facilitar o acesso às consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais, reduzindo o tempo de espera e ofertando atendimento mais qualificado aos usuários do SUS.

Nesse aspecto, o modelo permitirá que os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde estabeleçam contato direto com os profissionais especialistas de referência. Com isso, o manejo clínico será definido em conjunto, de forma mais adequada e ágil.

2.1.3.9. Assistência Farmacêutica

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

Em março de 1999, o Ministério da Saúde, visando implementar as diretrizes e prioridades da Política Nacional de Medicamentos (Portaria Nº 3.916), publicou a Portaria Nº 176 que *"estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao*



INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA e define valores a serem transferidos”.

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

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

Tanto a Política Nacional de Medicamentos (PNM - Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998) como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) explicitam a importância estratégica de três grandes eixos relacionados aos medicamentos – a) a garantia da segurança, eficácia, efetividade e qualidade dos medicamentos; b) a promoção do uso racional; e c) o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

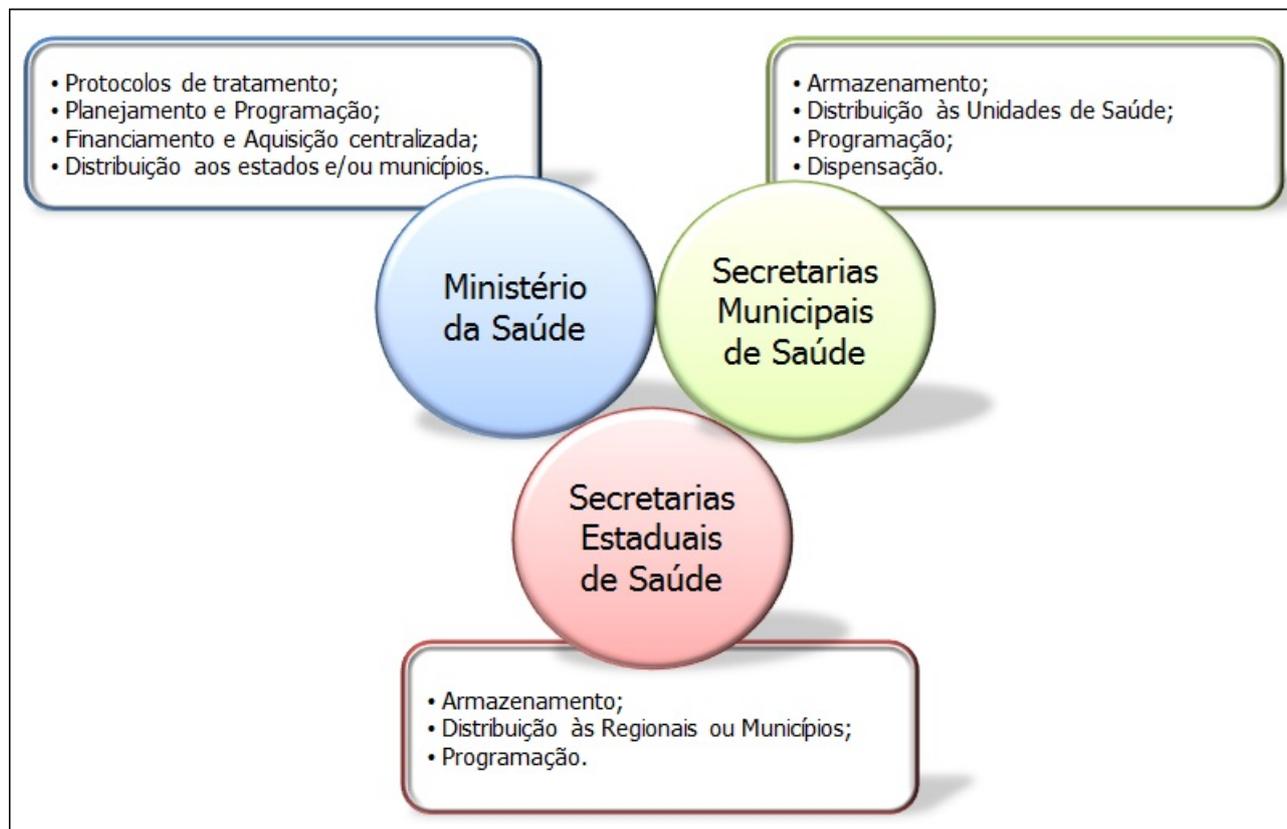


Farmácia Básica

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

Os componentes estratégicos da Assistência Farmacêutica são destinados à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e ao controle de doenças com importância epidemiológica como: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, cólera, influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo, entre outros, e ainda vacinas, soros e imunoglobulinas. Estes medicamentos e insumos estratégicos são financiados pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos Estados e Municípios conforme se observa na FIGURA 9 logo a seguir.

FIGURA 9 – Competência dos entes em relação aos medicamentos estratégicos. Brasília, 2020.



Fonte: DAF/MS

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

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

O Município de Guarapari possui uma Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF) que realiza o controle informatizado em sistema próprio, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos adquiridos.



Farmácia de Alto Custo

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

A Farmácia do Componente Especializado consiste em uma Unidade de Farmácia dispensadora de medicamentos ligada à Secretaria de Saúde do Estado. O acesso aos medicamentos do CEAF deve obedecer a critérios previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (**PCDT**). O processo de solicitação dos medicamentos é iniciado pelo usuário, ou seu responsável, por meio da apresentação de documentos específicos.

FIGURA 10 – Competência de cada esfera quanto aos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. Guarapari-ES, 2020.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Os medicamentos para as doenças contempladas no CEAF estão divididos em três grupos:

Grupo 1 (A e B)- Medicamentos sob responsabilidade da União

Critérios: maior complexidade da doença, refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento, representam elevado impacto financeiro.

Grupo 2 - Medicamentos sob responsabilidade dos Estados

Critérios: menor complexidade da doença em relação aos elencados no Grupo 1, refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento.

Grupo 3 - Medicamentos sob responsabilidade dos Municípios

Critérios: medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e indicados pelos PCDT, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas neste Componente.



Fonte: <https://pt.slideshare.net/SESMG/assistencia-farmacutica-no-sus-renata-macedo>

2.1.3.10. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

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



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

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

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

2.1.3.11. Corpo de Bombeiros Militar

Desde 2009, o município conta com o apoio dos serviços prestados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo. O município possui um batalhão próprio do Corpo de Bombeiros Militar, o 5º Batalhão de Bombeiro Militar, que coordena diretamente a 1ª Companhia que fica localizada no próprio município e a 2ª Companhia, localizada no município de Anchieta. O atendimento pré-hospitalar é atualmente uma das principais



atividades dos Corpos de Bombeiros. Ele objetiva atender às vítimas de acidentes, procurando dar socorro imediato adequado e condições ideais de transporte aos hospitais; a fim de evitar o agravamento das lesões e melhorar as condições de sobrevivência do acidentado.

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

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

Seguem abaixo, os principais atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros no período de 2017 a 2020.

TABELA 26 – Quadro de atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros, segundo Grupo – Guarapari, 2017-2020

| GRUPO | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| APH (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR) | 750 | 894 | 827 | 800 |
| SALVAMENTO | 213 | 175 | 217 | 262 |
| INCÊNDIO URBANO | 155 | 183 | 198 | 253 |
| INCÊNDIO EM VEGETAÇÃO | 124 | 98 | 221 | 106 |
| PREVENÇÃO/VISITORIA | 52 | 37 | 55 | 75 |
| AUXILIO/DIVERSAS ASSISTÊNCIAS | 101 | 87 | 84 | 68 |
| PRODUTOS PERIGOSOS | 18 | 09 | 16 | 09 |
| DEFESA CIVIL | 06 | 15 | 09 | 07 |
| TOTAL | 1.419 | 1.498 | 1.627 | 1.580 |

Fonte: CIODES/CBMES.



NOTA:

Aprovado pela Câmara de Vereadores de Guarapari em 24/06/2021, o Projeto de Lei Complementar nº 004/2021, alterando dispositivo da Lei que fixa a estrutura organizacional administrativa da municipalidade, possibilitou a transposição do corpo de salvamento marítimo da SEMSA para a SETEC (Secretaria Municipal de Turismo, Empreendedorismo e Cultura).

2.2. Aspectos Socioeconômicos

Conhecido mundialmente pelas areias monazíticas, Guarapari é o município mais famoso turisticamente do Estado atraindo diversos visitantes, graças às suas belezas naturais e às areias monazíticas, com virtudes alegadamente terapêuticas, apesar de os benefícios no tratamento de artrite ou reumatismo não terem comprovação científica. Com mais de 50 praias e avançada rede hoteleira, o município chega a atrair mais de um milhão de turistas na alta temporada do verão.

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

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



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

2.2.1. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida resumida do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. É um indicador do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Os dados mais recentes do PNUD retratam a situação do Município em 2010, quando foi realizado o último Censo Brasileiro.

O IDHM) de Guarapari em 2010, registrou o índice de 0,731, situando o município na faixa de *Desenvolvimento Humano Alto* (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município foi a Longevidade, com índice de 0,837, seguida de Renda, com índice de 0,746, e de Educação, com índice de 0,626.

Em relação aos municípios brasileiros, Guarapari ocupava em 2010 a 993^a colocação no *ranking* Nacional, e no Estado, a 10^a colocação entre os 78 municípios.



Renda Per Capita

A renda per capita média de Guarapari cresceu 137,21% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 350,12, em 1991, para R\$ 550,19, em 2000, e para R\$ 830,51, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,65%. A taxa média anual de crescimento foi de 5,15%, entre 1991 e 2000, e 4,20%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 35,61%, em 1991, para 21,65%, em 2000, e para 8,94%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,56, em 1991, para 0,58, em 2000, e para 0,58, em 2010. O índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos.

Trabalho

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

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 6,72% trabalhavam no setor agropecuário, 1,79% na indústria extrativa, 6,57% na indústria de transformação, 12,64% no setor de construção, 1,37% nos setores de utilidade pública, 18,65% no comércio e 48,23% no setor de serviços.



Vulnerabilidade Social

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

Observa-se também uma redução considerável no índice de pessoas com 18 anos ou mais sem fundamental completo e com ocupação informal. Neste indicador, a ocupação informal implica que trabalham mas não são empregados com carteira de trabalho assinada, militares das forças armadas, militares ou do corpo de bombeiros, empregados públicos ou trabalhadores por conta própria com contribuição a instituto de previdência oficial.

2.2.2. Indicadores de Alfabetização

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

Em 2010, 79,56% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 80,38% e, em



1991, 78,71%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 10,97% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 3,73% e, em 1991, 1,23%.

Expectativa de Anos de Estudo

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

Educação da População Adulta

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

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



2.3. Gestão em Saúde

2.3.1. Descentralização

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

A Norma Operacional de Assistência à Saúde deu ênfase ao processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para o avanço da descentralização e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. Entre os anos de 2006 e 2010 foram lançados os Pactos pela Saúde os quais trouxeram uma nova concepção de regionalização. Ficou evidente que a organização espacial do sistema de saúde deve levar em conta a diversidade do território, buscar o fortalecimento da pactuação política entre os entes federados no tocante à diversidade econômica, cultural e social das regiões de saúde.

A estratégia de regionalização adotada pelo SUS, portanto, pode ser considerada como a ferramenta operacional mais importante na descentralização para a organização das competências e distribuição das responsabilidades em matéria de saúde, já que engloba a transferência de poder decisório, de gestão de prestadores e de recursos financeiros,



antes concentrados na esfera federal. Requer, todavia, que seja transferida a responsabilidade ao município pela saúde de sua população, como também os recursos para exercer as funções de controle, planejamento e coordenação.

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

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

2.3.2. Recursos Humanos

É importante destacar no cenário dos recursos humanos a importância da educação permanente em saúde. Há uma significativa carência de profissionais com formação tecnológica e qualificada, necessários ao desempenho das atividades complexas no âmbito da saúde, o que requer investimentos para formar e qualificar estes profissionais, inclusive os que já estão executando os serviços, tais como: técnicos em higiene dental e auxiliar de consultório dentário; agente comunitário de saúde; técnicos em vigilância; técnicos de enfermagem e técnicos em saúde mental e saúde do idoso.

Verifica-se a necessidade de capacitação das equipes de saúde da família para melhoria da atenção básica, bem como a elaboração de uma política de articulação entre a gestão



e as instituições de ensino estabelecidas com vistas ao desenvolvimento dos profissionais em saúde, envolvendo gestores e gerentes para a devida capacitação e qualificação da gestão do trabalho no SUS.

2.3.3. Planejamento

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

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

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

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

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



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

2.3.4. Financiamento

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

É o Fundo Municipal de Saúde que realiza a contabilização de todas as receitas e despesas originárias do orçamento em saúde, bem como as de categoria extraorçamentárias, ao alcance das Políticas de Saúde, essencialmente, aquelas relativas aos Blocos de Financiamento da Saúde.

Até o ano de 2017 a Portaria 204/2007 regulamentou o financiamento e a transferência destes recursos com o respectivo monitoramento e controle por meio dos seguintes Blocos de Financiamento: Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS e Investimentos na rede de serviços de saúde. A forma de transferência por meio destes



blocos foi importante no processo de organização do sistema, mas, ao mesmo tempo, engessou a execução financeira dos demais entes federados. Foi então que, em 28 de dezembro de 2017, a Portaria 3992/2017 alterou a Portaria de Consolidação nº 6/2017, a qual contemplava o conteúdo da Portaria nº 204/2007 estabelecendo uma mudança importante no recebimento destes recursos.

A nova regra estabeleceu que o repasse dos recursos financeiros federais, transferidos por meio do FNS – Fundo Nacional de Saúde aos demais entes federados, destinados ao custeio das Ações e Serviços Públicos em Saúde, passou a ser realizada em apenas uma conta financeira, e não mais em cinco diferentes blocos com suas inúmeras contas-correntes. Além disso, os recursos destinados a investimentos passaram a ser transferidos também em uma só conta. Ou seja, a partir de 10 de janeiro de 2018 os recursos federais transferidos aos demais entes passaram a ser organizados e transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta-corrente específica e única na forma de dois blocos de financiamento que foram denominados: **Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde**. Vale ressaltar ainda que em abril de 2020 foi publicada a Portaria nº 828, que mais uma vez alterou a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação de Transferências federais de recursos da saúde. Desta forma, os recursos repassados pelo FNS passaram a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio);

Bloco de Estruturação das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Investimento).

**TABELA 27 – Blocos de Financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde. Guarapari-ES.**

| Blocos de Financiamento | Ações e Serviços Públicos de Saúde |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bloco de Manutenção: recursos destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas, instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros. | <ul style="list-style-type: none">● Atenção Primária● Atenção Especializada● Assistência Farmacêutica● Vigilância em Saúde● Gestão do SUS |
| Bloco de Estruturação: recursos aplicados conforme definidos no ato normativo que lhe deu origem e serão destinados exclusivamente para Aquisição de equipamentos voltados para realização de ações e serviços públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde. | <ul style="list-style-type: none">● Atenção Primária● Atenção Especializada● Assistência Farmacêutica● Vigilância em Saúde● Gestão do SUS |

Fonte: Fundo Municipal de Saúde – Guarapari-ES

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

**TABELA 28 – Demonstrativo de participação do município no gasto público em saúde – Guarapari, 2015-2020.**

| Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Ações e Serviços Públicos em Saúde | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Ano | % Município |
| 2015 | 18,94 |
| 2016 | 20,46 |
| 2017 | 21,25 |
| 2018 | 20,76 |
| 2019 | 22,26 |
| 2020 | 22,02 |

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

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

TABELA 29 – Demonstrativo da aplicação de recursos próprios municipais em ações e serviços de saúde – Guarapari, 2015-2020.

| Ano | Receita de Impostos Vinculada conforme a LC 141/2012 | Despesas com Recursos Próprios em Ações e Serviços de Saúde | Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante (população estimada) |
|------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2015 | R\$ 130.583.835,76 | R\$ 24.733.163,58 | R\$ 206,45 |
| 2016 | R\$ 142.949.277,05 | R\$ 29.253.787,54 | R\$ 240,76 |
| 2017 | R\$ 143.599.405,10 | R\$ 30.523.643,51 | R\$ 247,82 |
| 2018 | R\$ 157.254.152,31 | R\$ 32.640.092,18 | R\$ 265,40 |
| 2019 | R\$ 178.474.835,32 | R\$ 39.738.329,16 | R\$ 318,27 |
| 2020 | R\$ 182.500.604,91 | R\$ 40.187.358,56 | R\$ 317,18 |

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



Em relação aos recursos já aplicados, conforme tabela acima, referente ao período de 2015 a 2020, observa-se o crescente aumento dos gastos de recursos em saúde e, verifica-se também, que o Município de Guarapari vem cumprindo a aplicação do percentual mínimo obrigatório em ações e serviços públicos de saúde conforme estabelecido pela EC nº 29/2000.

2.3.5. Informação em Saúde

As ações de monitoramento requerem a disponibilidade de informações essenciais, perfeitamente definidas, sistematicamente coletadas e analisadas. O processo de construção de uma base de informações, em cada esfera de gestão, é desenvolvido identificando as inter-relações dos objetivos do Plano e os nós críticos para o seu alcance. Cada indicador deve estar devidamente qualificado quanto a sua conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de obtenção, método de cálculo e categorias de análise, para que possa ser perfeitamente compreendido em todas as esferas envolvidas. O Município de Guarapari possui implantados vários Sistemas de Informação, alimentando o Banco de Dados Nacional e Estadual periodicamente de acordo com normas estabelecidas por cada sistema, sendo encaminhados regularmente à Secretaria de Estado da Saúde e ao Ministério da Saúde, dentre eles:

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

2.3.6. Participação Social

As diretrizes do controle social atuando sobre o Sistema Único de Saúde estão previstas no art. 198, inciso III da Constituição Federal que integra a participação da comunidade com as ações e serviços públicos de uma rede regionalizada e hierarquizada e que constituem um sistema único. A Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990, no artigo 1º, regulamenta a participação da comunidade, criando as instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

A Lei Municipal N° 1.263/90 de 17 de dezembro de 1990, alterada pela Lei 4.492 de 1º de dezembro de 2020, dispõe no Capítulo I, art. 1º, onde fica criado o Conselho Municipal de Saúde de Guarapari com caráter deliberativo, propositivo e permanente, constituindo a instância máxima do Município de Guarapari, no Planejamento e Gestão do Sistema Municipal de Saúde, conforme artigo 140 da Lei Orgânica do Município de Guarapari.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Guarapari, é atribuído atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Guarapari, entre outros, compete:

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



- Aprovar, acompanhar e avaliar a execução do Plano Municipal de Saúde e convocar de dois em dois anos a Conferência Municipal de Saúde e propor novas Diretrizes Municipais de Saúde;
- Propor o equacionamento de questões de interesses municipais, aprovar as prestações de contas dos recursos do Sistema Único de Saúde no âmbito do município e aprovar contratos e convênios com a rede complementar do nível municipal;
- Supervisionar o funcionamento dos serviços da rede complementar de saúde, determinando a intervenção nos mesmos no sentido de garantir as diretrizes e bases do Sistema Único de Saúde conforme artigo 198, da Lei Orgânica do Município de Guarapari.
- Elaborar o seu Regimento Interno até 30 (trinta) dias após a sua instalação, devendo ser homologado por Decreto.

O Conselho Municipal de Saúde de Guarapari é um órgão colegiado formado por representantes do Poder Público, Prestadores de Serviços, Profissionais de Saúde e Usuários do SUS.

O artigo 3º da Lei 4.492, de 1º de dezembro de 2020, que alterou o art. 3º, da Lei nº 1.360/91, define a composição do Conselho e sua representatividade conforme segue:

I – Prestadores de Serviços: 02 (dois) representantes de entidades que atuam no setor de assistência à saúde, prestando serviço e atendendo a população,

II - Poder Público: 02 (dois) representantes da Secretaria Municipal de Saúde, designados por ato normativo do Representante da Gestão Municipal,

III – Profissionais de Saúde: 04 (quatro) representantes indicados para esse fim por Entidades ou Instituições representativas de classe.



IV – Usuários: 08 (oito) representantes de organismos ou entidades privadas, ou de movimentos comunitários, organizados como pessoas jurídicas, que atuam na defesa de interesses individuais e coletivo na área social ou econômica.

O Conselho Municipal de Saúde de Guarapari deve possibilitar a proximidade da comunidade com os serviços de saúde da unidade e a interação com as demais organizações dos Territórios.

Por esta razão devem ser estabelecidos os Conselhos Locais de Saúde.

A função do Conselho Local de Saúde e, por conseguinte, do Controle social, é ser um dos alicerces para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Esse ideal se fundamenta na percepção de que os indivíduos que utilizam os serviços de saúde têm maior legitimidade para fiscalizar e acompanhar tais serviços, podendo participar das deliberações acerca de suas diretrizes.

2.3.7. Ouvidoria da Saúde

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, bem como a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano dispõem sobre a participação da comunidade na Gestão do SUS. Baseado nesta premissa, foi criado em 2003 o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) com a finalidade de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS e que integra a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde. Desde então tem sido um canal transformador de estímulo à participação social, de disseminação de informações em saúde, de conscientização popular e de busca do equilíbrio e mediação entre o usuário e os gestores do SUS.



Em 2007, através da Portaria nº 8, datada de 25 de maio, o Ministério da Saúde regulamentou o Sistema Informatizado Ouvidor SUS o qual permite a disseminação de informações, o registro e o encaminhamento das manifestações dos cidadãos.

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

Em 2010, a Secretaria Municipal da Saúde de Guarapari participou do 1º Curso de Aperfeiçoamento em Ouvidoria, nos dias 21 e 22 de setembro, em Brasília-DF que teve por finalidade oferecer a base conceitual, política e técnica aos profissionais que atuam nas secretarias estaduais e municipais de saúde, no setor Ouvidoria, com forma de contribuição para a organização do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS, em conformidade com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

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

Função da Ouvidoria SUS

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



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

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

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

Organização da Ouvidoria SUS

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

No Município de Guarapari, o setor de Ouvidoria SUS está integrada na Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal da Saúde e tem como objetivo coordenar e implementar o sistema de ouvidoria no âmbito da secretaria com o propósito de ampliar a



participação dos cidadãos na gestão, bem como possibilitar à SEMSA a avaliação contínua da qualidade das ações e dos serviços prestados.

O recebimento e/ou acolhimento das demandas é realizado através do e-mail: ouvidoria.saude@guarapari.es.gov.br; linha telefônica gratuita; linha telefônica convencional da SEMSA; atendimento presencial ao público; formulário eletrônico no site da prefeitura municipal. Além desses canais a Ouvidoria conta com urnas instaladas em todas as unidades de saúde para captação das manifestações e/ou demandas dos usuários dos serviços de saúde. As demandas são analisadas e tratadas pela Ouvidora cuja atuação basicamente está definida em “ouvir, interpretar, inserir no sistema e encaminhar às sub redes”. O acompanhamento das demandas se dá, via de regra, através do Sistema Informatizado Ouvidor SUS, que é interligado ao Ministério da Saúde e ao Departamento de Ouvidoria Geral SUS (DOGES).



3. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

3.1. Diretriz Municipal I

ORGANIZAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO NA ÓTICA DAS RAS PRIORITÁRIAS E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO

3.1.1. Objetivo Municipal I

Implementar a descentralização dos serviços de saúde fortalecendo as RAS Prioritárias (Rede de Urgência e Emergência, Rede Materno Infantil, Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e Agravos Crônicos e Rede de Atenção Psicossocial) com foco no aumento da cobertura e resolutividade da Atenção Básica.

3.1.2. Objetivo Municipal II

Integrar a linha de cuidado em saúde bucal ao processo de organização das Redes de Atenção à Saúde.

3.1.3. Objetivo Municipal III

Garantir o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais definidos na REMUME a partir do uso racional e distribuição conforme financiamento e atendimento adequado.

3.1.4. Objetivo Municipal IV



Identificar e analisar os fatores geradores de ameaça à saúde nos territórios sanitários por meio da vigilância e controle de agravos e doenças, fiscalização de bens, produtos e pontos de atenção.

| METAS PMS 2022-2025 | |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM 1 | Ampliar a cobertura populacional de Atenção Básica em até 80%. |
| MM 2 | Organização e ampliação dos serviços de Urgência e Emergência no âmbito do Município. |
| MM 3 | Manutenção do Serviço de Ortopedia na Unidade de Pronto Atendimento - UPA-24h |
| MM 4 | Implementar ações de saúde com foco na rede de atenção às pessoas com deficiência e rede de atenção às pessoas com doenças e agravos crônicos. |
| MM 5 | Aumentar em 20% a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal. |
| MM 6 | Realizar palestras educativas em escolas municipais com oferta de kit de higiene bucal |
| MM 7 | Implantação do SERVIÇO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA NA UPA (SOU-UPA) |
| MM 8 | Implantação do PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR INFANTIL (PADI) na saúde bucal voltada às crianças com deficiências. |
| MM 9 | Ampliação da oferta dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) no âmbito do município |
| MM 10 | Ampliar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa-Família |



| | |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | |
| MM 11 | Atingir minimamente 60% de gestantes atendidas no pré-natal odontológico. |
| MM 12 | Efetivar as ações de Atenção à Saúde do Homem |
| MM 13 | Promover Ações de Educação em Saúde considerando as necessidades dos Territórios Sanitários |
| MM 14 | Realizar a captação precoce das gestantes nos estabelecimentos de saúde com vistas à Melhoria do Pré-Natal |
| MM 15 | Implementar a Rede Materno Infantil no âmbito do Município. |
| MM 16 | Aprimorar a Rede de Atenção Psicossocial. |
| MM 17 | Ampliar a cobertura de CAPS no Município |
| MM 18 | Ampliar a oferta de mamografia para o rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos |
| MM 19 | Ampliar, gradativamente, a razão de exame citopatológico para rastreamento de câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos |
| MM 20 | Melhoria dos serviços de saúde das comunidades rurais, populações tradicionais e vulneráveis de acordo com as suas especificidades. |
| MM 21 | Garantir a utilização de Atas de Registro de Preços para a aquisição de medicamentos da REMUME. |
| MM 22 | Garantir a distribuição do elenco de medicamentos da REMUME conforme Instrução Normativa vigente. |



| | |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | |
| MM 23 | Realizar atualizações da REMUME com base na RENAME |
| MM 24 | Implantação de estratégias para o uso racional de medicamentos. |
| MM 25 | Ampliação da Assistência Farmacêutica |
| MM 26 | Garantir a atuação da Comissão de Farmácia e Terapêutica |
| MM 27 | Manter atuante a vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil. |
| MM 28 | Ampliar e implementar a Gestão da Vigilância em Saúde fortalecendo suas ações. |
| MM 29 | Implementar ações voltadas à Vigilância em Saúde da população afetada pelos principais agravos |
| MM 30 | Reduzir em 2% a mortalidade na população de 30 a 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis pelo conjunto das 04 principais DCNT (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) |
| MM 31 | Reduzir em 50% os casos novos de AIDS em crianças menores de 5 anos |
| MM 32 | Organização e avaliação da atenção nutricional com vistas ao controle da obesidade e sobrepeso na população acompanhada. |
| MM 33 | Reduzir a taxa de incidência de hanseníase em 2% ao ano. |
| MM 34 | Reduzir a taxa de incidência de tuberculose em 2% ao ano. |



| | |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM 35 | Proporção de 75% das vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinal alcançada. |
| MM 36 | Alcançar no mínimo 80% de cobertura da vacina anti-rábica canina. |
| MM 37 | Implementar ações de combate às doenças transmitidas por vetor (Dengue, Zika-V, Chikungunya) |
| MM 38 | Reduzir em 10% ao ano os casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. |
| MM 39 | Executar, de forma integrada, as ações da Vigilância Sanitária |
| MM 40 | Fazer a gestão do risco sanitário em 85% dos serviços, produtos e ambientes de trabalho cadastrados e em atividade no município. |
| MM 41 | Promover ações de regularização dos serviços e estabelecimentos pertinentes à saúde não cadastrados. |
| MM 42 | Implementar ações que visam reduzir a incidência de doenças e agravos de notificação compulsória de maior relevância. |
| MM 43 | Promoção da saúde através da implementação de ações voltadas à Vigilância em Saúde do Trabalhador. |
| MM 44 | Promover ações com vistas à redução da taxa de mortalidade por violências. |
| MM 45 | Promover ações com vistas à redução da mortalidade por produtos químicos, contaminação e poluição do ar e água. |
| MM 46 | Contribuir para a redução da taxa de letalidade por dengue grave |



| | |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM 47 | Desenvolver ações de conscientização à prevenção, junto aos trabalhadores do sexo. |
| MM 48 | Promoção e Implementação de ações e medidas para enfrentamento às situações de emergência e riscos de saúde. |
| MM 49 | Promover a divulgação de doenças e agravos em mídias e redes sociais. |

3.2. Diretriz Municipal II

FORTALECER A GESTÃO DO TRABALHO O DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES DA SEMSA

3.2.1. Objetivo Municipal

Fortalecer as estruturas institucionais da gestão do trabalho e da educação em saúde objetivando a valorização do trabalhador do SUS

| METAS PMS 2022-2025 | |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM 1 | Desenvolver a gestão da educação permanente em saúde no Município priorizando as áreas temáticas das redes de atenção à saúde. |
| MM 2 | Qualificar os processos de lançamento dos dados de assistência em saúde nos sistemas de informação |
| MM 3 | Promover análises de dimensionamento da força de trabalho existente e necessária à manutenção dos serviços do SUS no âmbito do município. |



| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

3.3. Diretriz Municipal III

PROMOVER A AMPLIAÇÃO E ADEQUAÇÃO DA INFRAESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA DA SEMSA

3.3.1. Objetivo Municipal I

Ampliar a eficiência dos recursos disponíveis a partir da implantação de práticas de gestão e gerenciamento de processos.

3.3.2. Objetivo Municipal II

Ampliar e adequar a infraestrutura da rede física e tecnológica da SEMSA.

| METAS PMS 2022-2025 | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------|
| MM 1 | Construção de Unidades de Saúde |
| MM 2 | Reforma e/ou Ampliação de Unidades de Saúde |
| MM 3 | Reestruturação das Unidades Municipais de Saúde |
| MM 4 | Finalizar a Construção do Hospital Maternidade de Guarapari. |



| | |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | |
| MM 5 | Informatizar 100% das Unidades de Saúde do município |
| MM 6 | Implantação de Normas e Rotinas de Trabalho na Atenção Primária do Município |
| MM 7 | Implantação de Normas e Rotinas de Trabalho na Atenção Secundária do Município |
| MM 8 | Qualificar as notificações das doenças e agravos de notificação compulsória |
| MM 9 | Melhoria do processo de monitoramento estratégico do Plano Municipal de Saúde |
| MM 10 | Avaliação e monitoramento dos resultados das políticas públicas através dos indicadores de saúde do município |
| MM 11 | Implantação de Coleta Informatizada de dados familiares pelos Agentes Comunitários de Saúde. |
| MM 12 | Ampliação e aprimoramento do serviço de transporte sanitário. |
| MM 13 | Implantar a padronização de metodologias e processos das rotinas de trabalho da Sede Administrativa da SEMSA |



3.4. Diretriz Municipal IV

MELHORIA DO PROCESSO DE REGULAÇÃO DO ACESSO NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO.

3.4.1. Objetivo Municipal

Qualificar as ações e serviços de saúde a partir da aplicação de processos que permitam garantir o acesso, a equidade e a integralidade na atenção à Saúde.

| METAS PMS 2022-2025 | |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| MM 1 | Aprimorar a regulação das consultas e exames especializados municipais |
| MM 2 | Qualificar o monitoramento do processo produtivo dos serviços. |
| MM 3 | Implantar o prontuário eletrônico em 100% das Unidades de Saúde do município |

3.5. Diretriz Municipal V



PROMOVER A AMPLIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DO SUS NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO.

3.5.1. Objetivo Municipal

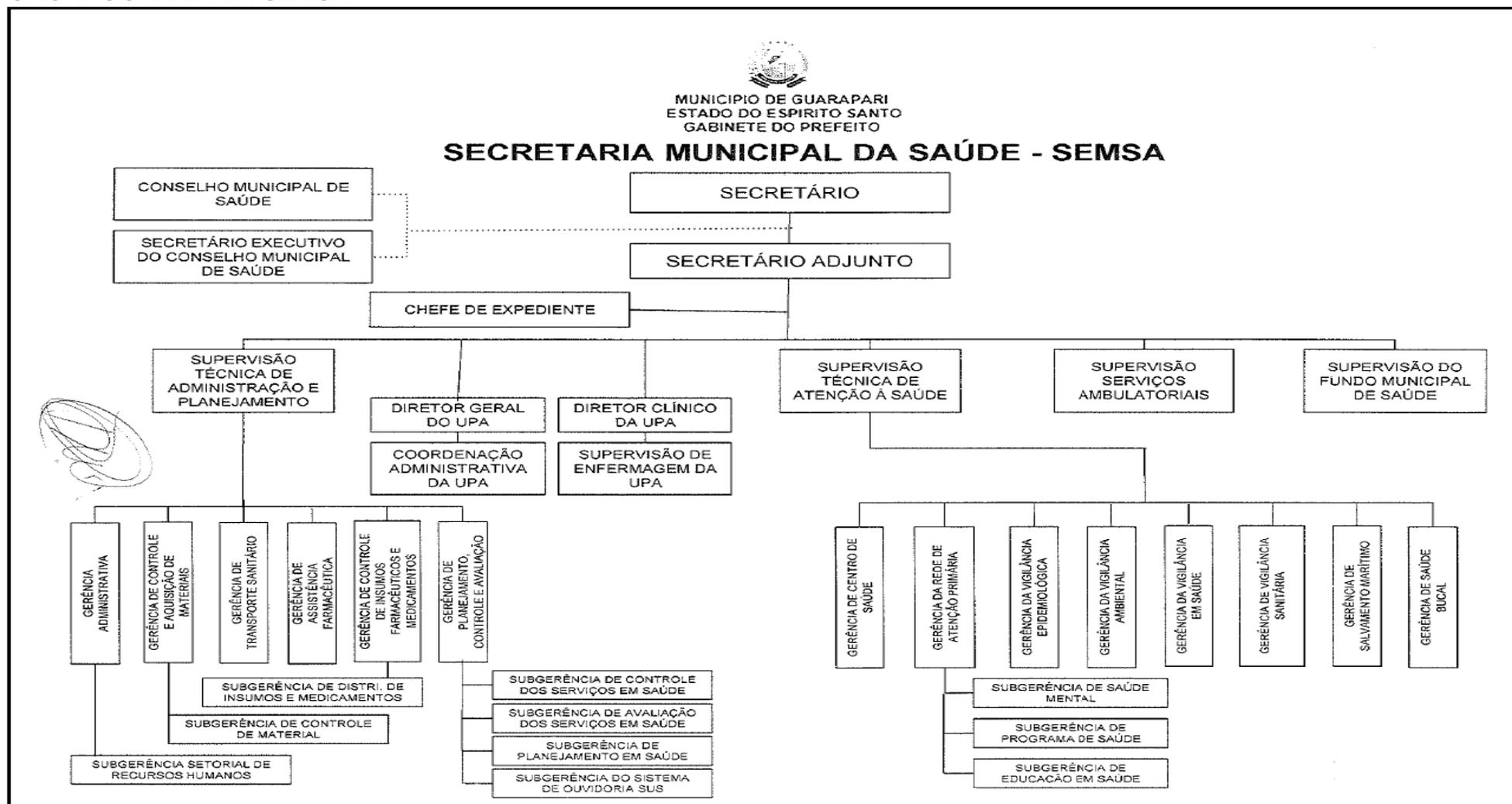
Ampliar a participação e o controle social com vistas ao aprimoramento do SUS no âmbito do Município.

| METAS PMS 2022-2025 | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM 1 | Implantação do Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS. |
| MM 2 | Promover a implantação dos Conselhos Locais de Saúde nos Territórios Sanitários dos Municípios |
| MM 3 | Promover o aprimoramento e fortalecimento da Ouvidoria Municipal de Saúde. |
| MM 4 | Promover o aprimoramento de estratégias de comunicação para o Controle Social. |
| MM 5 | Promover a realização de Conferências Municipais de Saúde e participação nas Etapas Estaduais e Nacionais |
| MM 6 | Promover a realização de seminários e fóruns temáticos de saúde |
| MM 7 | Fortalecimento da Política de Educação Permanente para os Conselheiros Municipais de Saúde. |



ANEXO

ORGANOGRAMA DA SEMSA



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



LISTA DE MAPAS

MAPA 1 – Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Espírito Santo, 2020.

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

MAPA 3 – Mapa de densidade populacional por setores. Guarapari, 2017.

MAPA 4 – Mapa dos territórios sanitários de Guarapari-ES. Guarapari, 2017.



LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – População residente por ano. Guarapari, 2010-2020.

TABELA 2 – População residente por faixa etária e sexo. Guarapari, 2020.

TABELA 3 – Informações sobre nascimento nos últimos cinco anos. Guarapari, 2016-2020.

TABELA 4 – Frequência por ano da notificação segundo agravos compulsórios. Guarapari, 2017-2020.

TABELA 5 – Frequência de notificações de agravos compulsórios por território sanitário. Guarapari, 2020.

TABELA 6 – Lista de bairros com maior frequência de notificações de agravos compulsórios. Guarapari, 2020.

TABELA 7 – Quadro das principais infecções registradas. Guarapari, 2016-2020.

TABELA 8 – Internações Hospitalares por Município de Residência, Segundo Capítulo CID.10. Guarapari, 2016-2020

TABELA 9 – Quadro de mortalidade geral por causas e ano do óbito. Guarapari, 2016-2020.

TABELA 10 – Mortalidade em menores de um ano por causas. Guarapari, 2016-2019.

TABELA 11 – Mortalidade fetal por grupo de causas. Guarapari, 2016-2019.

TABELA 12 – Estabelecimentos de saúde com equipes de saúde bucal. Guarapari, 2017-2020.

TABELA 13 – Quadro da cobertura vacinal por tipo de imunobiológico em menores de 1 ano. Guarapari, 2017-2020

TABELA 14 – Análises de água no Município de Guarapari no ano de 2020.



TABELA 15 – Animais Castrados - Guarapari 2017 a 2021.

TABELA 16 – Adoções realizadas nos anos de 2017 a 2021.

TABELA 17 - Amostras encaminhadas para análise no período de 2015 a 2020.

TABELA 18 - Campanha de Vacinação Animal 2020.

TABELA 19 – Ações do Controle do Aedes em Guarapari, 2020.

TABELA 20 – Número de Intervenções Químicas – Guarapari, 2020.

TABELA 21 – Quadro dos estabelecimentos de saúde por bairro. Guarapari, 2020.

TABELA 22 – Quadro de leitos por estabelecimento.

TABELA 23 – atendimentos realizados pela UPA-24 horas.

TABELA 24 – Detalhamento da programação de leitos.

TABELA 25 – Movimento ambulatorial e hospitalar.

TABELA 26 – Quadro de atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros, segundo Grupo – Guarapari, 2017-2020.

TABELA 27 – Blocos de Financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde. Guarapari-ES.

TABELA 28 – Demonstrativo de participação do município no gasto público em saúde – Guarapari, 2015-2020

TABELA 29 - Demonstrativo da aplicação de recursos próprios municipais em ações e serviços de saúde – Guarapari, 2015-2020.



LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Pirâmide etária relativa por sexo e idade. Guarapari, 2020.

GRÁFICO 2 – Evolução diária de notificações da COVID19. Guarapari, 2021.

GRÁFICO 3 – Índice de cura dos casos confirmados de COVID19. Guarapari, 2021.

GRÁFICO 4 – Taxa de letalidade por COVID19. Guarapari, 2021.

GRÁFICO 5 – Número de casos de chikungunya notificados por ano, Guarapari-ES, 2020.

GRÁFICO 6 – Distribuição de casos notificados de chikungunya por semana epidemiológica, Guarapari-ES, 2020.

GRÁFICO 7 – Número de casos de chikungunya por notificação e classificação.

GRÁFICO 8 – Taxa de incidência de sífilis em gestante por ano. Guarapari, 2016 a 2020.

GRÁFICO 9 – Taxa de incidência de sífilis congênita por ano. Guarapari, 2016 a 2020.

GRÁFICO 10 – Gráfico comparativo de casos de dengue notificados nos anos de 2019/2020. Guarapari, 2021.

GRÁFICO 11 – Diagrama de controle da dengue segundo incidência. Guarapari, 2020-2021.

GRÁFICO 12 – Distribuição das principais infecções sexualmente transmissíveis. Guarapari, 2016 - 2020.

GRÁFICO 13 – Casos de AIDS identificados por ano de diagnóstico e sexo. Guarapari, 2016-2020.

GRÁFICO 14 – Distribuição de óbitos em menores de 1 ano por causas. Guarapari, 2016-2019.

GRÁFICO 15 – Primeira consulta odontológica programática. Guarapari, 2017-2020.

GRÁFICO 16 - Ordens de serviço atendidas por ano, Guarapari-ES, 2021.



GRÁFICO 17 – Observação Clínica de Animal nos anos de 2015 a 2020. Guarapari-ES, 2020.



LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Levantamento de índice rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA). Guarapari, 2020

FIGURA 2 – Organograma de trabalho da vigilância em saúde

FIGURA 3 - Cadeia de Transmissão das Doenças

FIGURA 4 – Fatores de riscos não biológicos

FIGURA 5 – Fatores ambientais de riscos biológicos

FIGURA 6 – Ciclo do Mosquito Comum

FIGURA 7 – Fluxo de trabalho da Vigilância Sanitária de Guarapari

FIGURA 8 – Fluxo da autorregulação formativa territorial. Vitória-ES, 2020

FIGURA 9 – Competência dos entes em relação aos medicamentos estratégicos. Brasília, 2020

FIGURA 10 – Competência de cada esfera quanto aos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. Brasília, 2020.



LISTA DE SIGLAS

AA – Área Agrícola

AB – Atenção Básica

ACAPP – Área Contaminada por Acidente com Produto Perigoso

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AD – Área Desativada

ADRI – Área de Disposição de Resíduos Industriais

ADRU – Área de Disposição de Resíduos Urbanos

AI – Área Industrial

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AM – Área de Mineração

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

API – Avaliação do Programa de Imunização

APS - Atenção Primária à Saúde

BBM – Batalhão Bombeiro Militar

BCG - Bacilo de Calmette-Guérin

CAF – Central de Abastecimento Farmacêutica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

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

CCZ – Centro de Controle de Zoonoses

CDP – Centro de Detenção Provisória

CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica



CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEP – Código de Endereçamento Postal

CESAN – Companhia Espírito Santense de Saneamento

CGES - Coordenação-Geral de Economia da Saúde

CIA – Companhia

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

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

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

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CN – Contaminação Natural

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente

CRM – Central de Regulação Municipal

CRE – Complexo Regulador Estadual

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DA – Depósito de Agrotóxicos

DAB - Departamento de Atenção Básica

DAF – Departamento Assistência Farmacêutica

DANT'S – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

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

DF – Distrito Federal

DIO-ES – Diário Oficial do Estado do Espírito Santo



DOGES – Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

DOM – Diário Oficial dos Municípios

DOU – Diário Oficial da União

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTP – Vacina Difteria, Tétano e Pertússis (Coqueluche)

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

EC – Emenda Constitucional

ES – Espírito Santo

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe da Estratégia de Saúde da Família

E-SUS – SUS Eletrônico

FJP – Fundação João Pinheiro

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

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

FTA-ABS – Teste de Absorção de Anticorpos Treponêmico Fluorescente

GAB – Gabinete

GAL – Gerenciamento de Ambiente Laboratorial

GEVS – Gerência Estadual de Vigilância em Saúde

GM - Gabinete do Ministro

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

HEP – Hepatite

HFA – Hospital Francisco de Assis

HIB - Vacina contra Haemophilus Influenzae Tipo B

HIMABA – Hospital Estadual Infantil Alzir Bernardino Alves

HINSG – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória



HIPERDIA – Hipertensos e Diabéticos

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Human Papiloma Virus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IIMR – Instrumento de Identificação de Municípios de Risco

IJSN – Instituto Jones dos Santos Neves

INCA – Instituto Nacional do Câncer

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

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LC – Lei Complementar

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

LIRAA – Levantamento de Índice de Infestação Rápido Para Aedes Aegypti

MDDA – Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas

MI-Dengue – Monitoramento Inteligente da Dengue

MM – Meta Municipal

MS – Ministério da Saúde

MV 2000 - software de gestão hospitalar/regulação

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCE – Programa de Controle da Esquistossomose



PDI - Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDVISA - Plano Diretor de Vigilância Sanitária

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PECD – Programa Estadual de Controle da Dengue

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNCD - Programa Nacional de Controle da Dengue

PNI – Programa Nacional de Imunização

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAA – Sistema de Abastecimento de Água

SADT - Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção a Saúde

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SE – Semana Epidemiológica



SEMSA – Secretaria Municipal da Saúde

SESA - Secretaria de Estado da Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIGSS – Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SINAVISA - Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIPNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SISÁGUA – Sistema de Monitoramento da Qualidade da Água

SISCAM - Sistema de Informação de Câncer em Mulheres

SISFAD – Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue

SISLOC – Sistema de Informação de Localidades

SISPACTO – Sistema de Acompanhamento do Pacto Pela Saúde

SISPNCD – Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-Natal

SISREG – Sistema de Regulação

SISSOLO - Sistema de Monitoramento da Qualidade do Solo

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

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

SUS - Sistema Único de Saúde



SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TABNET – Sistema de Tabulação pela Internet do Ministério da Saúde

TB - Tuberculose

TCU – Tribunal de Contas da União

TR – Teste Rápido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UF – Unidade da Federal

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

UPAS – Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

VIGIAGUA - Vigilância da Qualidade de Água para Consumo Humano

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

VIGIPEQ – Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos

VIGISOLO – Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado

VISA - Vigilância Sanitária

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

