

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025



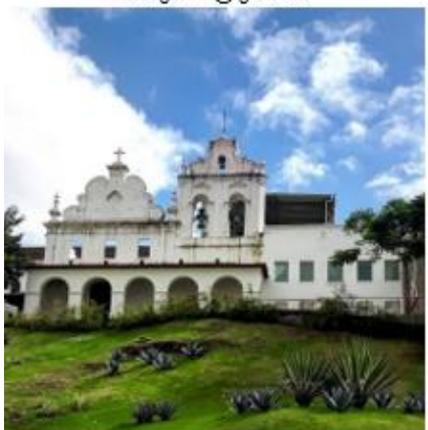
Instagram @igersvix



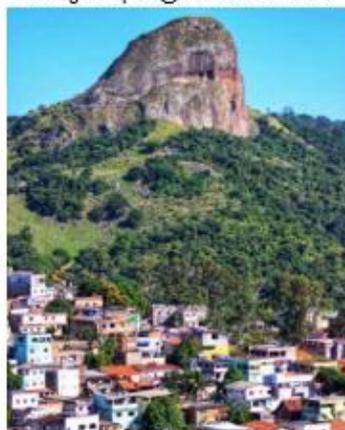
Instagram por @lorenaalbertasse



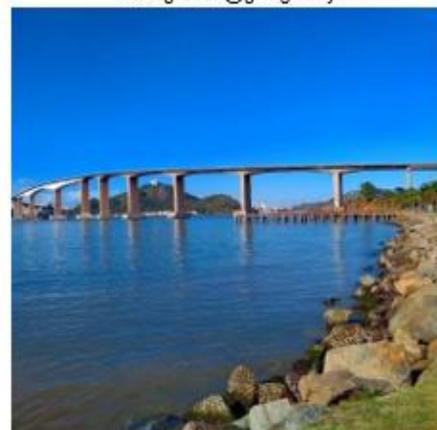
Instagram: @gmrqodoy



Instagram por @rodrigozotelli



Instagram por @felipemansurv



Instagram por @rebarde



Instagram @odairjunior_c



Instagram por @neandrocosta



Instagram: @lilianesnevesfotos

Vitória - 2022

Lorenzo Pazolini
PREFEITO

Estéfane Ferreira
VICE-PREFEITA

Thais Campolina Cohen Azoury
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Tiago Benezoli
SUBSECRETÁRIO DE APOIO ESTRATÉGICO

Valéria Baptisti Crema
SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

José Eduardo Gava
SECRETÁRIO EXECUTIVO

Estanislau Kostka Stein
ASSESSOR SÊNIOR

Leticia Leles de Souza
GERENTE DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Jaqueline Ribeiro Merizio
GERENTE DE AUDITORIA EM SAÚDE

Priscila Yumi Junqueira Gondo Falcon
GERENTE DE GESTÃO DO TRABALHO E SAÚDE

Irecy da Silva Muniz
GERENTE DE OUVIDORIA

Josenan de Alcântara Almeida Costa
**GERENTE DA ESCOLA TÉCNICA E DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM
SAÚDE**

Liana Antonucci Reis
GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Geane de Souza Cabral Nascimento
GERENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Luciana Paganotte Meireles
GERENTE DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

Sheila Teixeira Zambom
GERENTE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Daiane Alves de Oliveira Koehler
GERENTE DE INSUMOS DE SAÚDE

Rafael Dutra Pansini
GERENTE DE LOGÍSTICA

Paulo Henrique Marciano Guerra
GERENTE DE SERVIÇOS DE APOIO À ATENÇÃO

Tiago Nogueira do Nascimento
COORDENAÇÃO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Alexandre Coutinho Sattler
Ana Kelly Lugon
Carolina Piazzarollo Loureiro
Daniele Stange Calente
Denise Mara Ramaldes Pedrosa
Herlam Wagner Peixoto
Josenan de Alcântara Almeida Costa
José Eduardo Gava
Leonardo Araújo Vieira
Luciana Paganotte Meireles
Marlice Piekarz Calheiros
Roberta Melo Vello Poldi
Sheila Teixeira Zambom
Sônia Maria Beltrame

Silvio Cesar Machado dos Santos
Tiago Nogueira do Nascimento
COMISSÃO TÉCNICA DE PLANEJAMENTO

Cláudia Mara Duarte dos Santos
Delizeth Dantas
Fábia Cristina Alves Bonella
Isabel Cristina Conceição Miranda
Janaina da Conceição Magalhães de Abreu
José Eduardo Gava
Sidney Parreiras de Oliveira
Willian Fontes

COMISSÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PLANEJAMENTO

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA - CMSV

Criado por meio da Lei Municipal n.º 3.712, de 17 de janeiro de 1991, sendo reestruturado pela Lei Municipal n.º 6.606, de 05 de junho de 2006, e respectivas alterações (Leis Municipais nº 7.867/2009 e nº 7.991/2010).

Composição Biênio 2021/2023

Janaina da Conceição Magalhães de Abreu
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Gertraude Regina Koehler
Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde

Representantes do Poder Público Municipal

Secretaria Municipal de Saúde

Titular: Thais Campolina Cohen Azoury

Suplente: Valéria Baptisti Crema

Titular: Rodrigo Wernersbach Ronchi

Suplente: Cristiane Stem

Representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória – APAE

Titular: Maria Eliza Martins de Melo

Suplente: Kely Cristine Pinheiro Athayde

Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer – AFECC

Titular: Bianca Beraldi Xavier

Suplente: Katia Cirlene Gomes Viana

Representantes das entidades representativas dos Trabalhadores da Saúde

Conselho Regional de Farmácia do Espírito Santo – CRF/ES

Titular: Janaina da Conceição Magalhães de Abreu

Suplente: Janaina Lube Pestana Fiorot

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO/ES

Titular: Carla Loureiro Portuense Siqueira

Suplente: Rachel Christine de Alencar Fialho

Sindicato de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Estado do Espírito Santo -

SITAEN

Titular: Osmano Amaral Candido

Suplente: Sonia Maria da Silva Fernandes

Sindicato dos Servidores Municipais Único da Saúde de Vitória (SISMUSV)

Titular: Cristiana Aparecida Nascimento Gomes

Suplente: Fernanda da Silva Braga Cervi

Representantes dos Usuários do SUS

Associação de Moradores do Forte São João - AMFSJ

Titular: Rose Lopes

Suplente: Silvio Nascimento Ferreira

Associação dos Moradores do Centro - AMACENTRO

Titular: Cláudia Mara Duarte dos Santos

Suplente: Rosane Medeiros Almeida Ricas

Associação de Moradores de Mata da Praia - AMMP

Titular: Terezinha de Oliveira Calixte

Suplente: Dilma Ferreira Santos Passos

Conselho Popular de Vitória - CPV

Titular: João Carlos dos Santos

Suplente: Regina Lúcia Monteiro Góes

Força Sindical do Estado do Espírito Santo

Titular: Jorge Alves de Abreu

Suplente: Alexandro Martins Costa

Mitra Arquidiocesana de Maruípe – Igreja São José

Titular: Ivan Bosco Erler

Suplente: Maria da Penha Oliveira Peres

Movimento Comunitário do Bairro Santa Clara

Titular: Tania Mara da Silva Tagarro

Suplente: Ivany Gomes Martins

Sociedade de Assistência a Pessoas Desamparadas para Tratamento Médico –

Albergue Ana Paula

Titular: Herivelto de Oliveira

Suplente: Rosangela Santos Sodré

Belchior Puziol Amaral

Estanislau Kostka Stein

REVISÃO FINAL

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Vitória – 2022/2025, concebido e entregue para apreciação do Conselho Municipal de Saúde no dia 31/08/2021, resultou de processo participativo e ascendente de planejamento da SEMUS, coordenado pela Secretaria Executiva, em conjunto com a Comissão Técnica de Planejamento (Portaria SEMUS nº 20/2021), Comissão de Planejamento do Conselho Municipal de Saúde (Resolução do CMSV Nº 1375/2021), Diretores dos Serviços da Rede Municipal, e ETSUS que promoveu Curso de Aperfeiçoamento para Gestores de Serviços de Saúde, no qual os Diretores desenvolveram atividades de gestão, delas resultando a identificação das necessidades de saúde e levantamento de propostas oriundas dos conselhos locais, usuários e trabalhadores da Saúde.

A participação dos conselhos locais, usuários e trabalhadores não pôde ser mais ampla por conta das medidas de distanciamento social. Assim, apesar dos desafios impostos pela pandemia de Covid-19, em respeito ao princípio participativo, foram realizadas oficinas presenciais com grupos menores, mescladas com atividades remotas; com o uso de tecnologias, até então, não experimentadas no âmbito do controle social do SUS, como envio de propostas por meio de formulários eletrônicos, meios digitais e videoconferências.

No processo de análise situacional de saúde, de base técnica, os instrumentos de planejamento progressos, propostas deliberadas na Conferência Municipal de Saúde de 2019, das oficinas realizadas e o produto do Planejamento Estratégico da Prefeitura de Vitória contribuíram na formulação das diretrizes em saúde integrantes do presente documento:

- (1) Ampliação do acesso aos serviços de saúde de forma integrada e planejada;
- (2) Melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços da rede de atenção à saúde;
- (3) Aperfeiçoamento e modernização da gestão municipal da saúde.

Estas diretrizes desdobram-se em objetivos, metas e indicadores que nortearão os processos de planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações de saúde, considerando a diversidade e as especificidades da cidade de Vitória.

O presente Plano Municipal de Saúde de Vitória está estruturado de modo a apresentar como o Sistema Único de Saúde está organizado na cidade, suas diretrizes gerais, o contexto sócio demográfico, o breve diagnóstico situacional das condições de saúde e as atividades desenvolvidas pelas principais políticas e programas de saúde na capital capixaba.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Taxas brutas de natalidade do Município em Vitória/ES, anos 2010 a 2020.	12
Tabela 2	Nº de óbitos por mortalidade específica, por Região de Saúde, para residentes em Vitória/ES, de 2010 a 2020.	23
Tabela 3	Nº de Internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	25
Tabela 4	Nº de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, por causas específicas, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	25
Tabela 5	Nº de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, por faixa etária, por ano, para residentes em Vitória, 2010 a 2020.	26
Tabela 6	Nº de óbito materno, nº de nascidos vivos e taxa de mortalidade materna por 10.000 nascidos vivos, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	27
Tabela 7	Tabela 6. Nº de casos notificados de toxoplasmose, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	30
Tabela 8	Nº de óbitos por acidentes de transporte, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	35
Tabela 9	Frequência absoluta e relativa de casos e óbitos confirmados para Covid-19, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	44
Tabela 10	Nº de casos de HIV/Aids notificados, por ano de diagnóstico, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	48
Tabela 11	Nº de óbitos por causa básica HIV/Aids e coeficiente de mortalidade por Aids (por 100.000 hab.), por ano do óbito, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	48
Tabela 12	Nº de casos e taxa de incidência de hepatites, para residentes em Vitória/ES, 2010-2020.	49
Tabela 13	Nº de óbitos por hepatites como causa básica, por ano do óbito, para residentes em Vitória, 2010-2020.	50
Tabela 14	Nº de notificações por arboviroses, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2016 a 2020.	50
Tabela 15	Nº de notificações por animal agressor, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	51
Tabela 16	Nº de tratamentos indicados, por tipo de agressão, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	52
Tabela 17	Nº de notificações de casos de leptospirose, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	53
Tabela 18	Nº de notificações de casos de esporotricose, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2019 a 2020.	53
Tabela 19	Taxa de detecção de novos casos de hanseníase e proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirâmides populacionais do município de Vitória/ES, 2000 e 2020.	13
Figura 2	Mapa das Regiões de Saúde do município de Vitória/ES.	15
Figura 3	Taxas de mortalidade específica dos Capítulos do CID-10 com maior prevalência de óbitos por 100.000 habitantes, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	21
Figura 4	Nº de casos confirmados para Covid-19 por mês de início de sintomas, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	22
Figura 5	Nº de óbitos confirmados para Covid-19 por mês para residentes em Vitória, 2020 e 2021.	22
Figura 6	Nº de óbitos prematuros, por doenças crônicas não transmissíveis, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	24
Figura 7	Nº de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	26
Figura 8	Taxa de mortalidade infantil, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	28
Figura 9	Distribuição de casos confirmados para Covid-19, segundo faixa etária e sexo, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	45
Figura 10	Nº de casos confirmados para Covid-19, por ano de diagnóstico, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	45
Figura 11	Distribuição de óbitos confirmados por Covid-19, segundo faixa etária e sexo, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	46
Figura 12	Nº de óbitos confirmados para Covid-19, por ano de óbito, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	47
Figura 13	Frequência absoluta e relativa de óbitos confirmados para Covid-19, segundo faixa etária e mês/ano, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.	47
Figura 14	Coeficiente de incidência de tuberculose por 100.000 hab., para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	55
Figura 15	Percentual de cura e de abandono entre os casos novos de tuberculose pulmonar, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2019.	55
Figura 16	Série histórica de cobertura vacinal, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.	57

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Aspectos territoriais, socioeconômicos e demográficos de Vitória/ES	10
3. Organização do Sistema Único de Saúde em Vitória/ES	13
4. Condições de saúde da população residente em Vitória/ES.....	21
4.1 Mortalidade geral.....	21
4.2 Mortalidade prematura	23
4.3 Internações hospitalares sensíveis à Atenção Primária em Saúde.....	24
4.4 Saúde materno-infantil	27
4.5 Saúde do adolescente.....	30
4.6 Saúde do adulto	32
4.7 Mortalidade por acidentes de trânsito	35
4.8 Saúde da pessoa idosa.....	35
4.9 Saúde bucal.....	37
4.10 Pessoas vítimas de violência interpessoal e autoprovocadas	38
4.11 Cuidado integral em saúde mental da população	39
4.12 População em situação de rua.....	41
4.13 Doenças e agravos relacionados ao trabalho	42
4.14 Doenças infecciosas de interesse para a Saúde Pública	44
Covid-19.....	44
HIV/Aids	48
Hepatites virais	48
Arboviroses	50
Agressão por animais com potencial transmissor de raiva	51
Leptospirose	52
Esporotricose:.....	53
4.15 Doenças negligenciadas	54
Tuberculose	54
Hanseníase.....	56
4.16 Imunização e Eventos Adversos Pós-Vacinais.....	57
5. Aspectos sobre planejamento e pactuação orçamentária e financeira do SUS.....	58
6. Desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde.....	60
7. Vigilância em Saúde.....	63
8. Educação Permanente em Saúde	64
9. Controle Social e participação da comunidade.....	65
10. Diretrizes, objetivos, indicadores e metas.....	66
ANEXO I - Territórios de saúde e os bairros correspondentes às Regiões de Saúde, Vitória/ES, 2021...79	
SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (ARTS. 196 - 200).....	82

1. Introdução

O Plano Municipal de Saúde é o maior instrumento do planejamento municipal no Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição, regulado pela Lei Federal n.º 8.080/1990, por seu turno, regulamentada pelo Decreto Presidencial n.º 7.508/2011, financiado com os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, na forma da Lei Complementar n.º 141/2012.

Explicitam-se neste instrumento os compromissos da gestão municipal para o setor da saúde no período de 2022-2025, refletindo as necessidades de saúde da população, fundamentando as diretrizes na consolidação do SUS no âmbito do municipal, obedecendo aos princípios constitucionais de que saúde é direito de todos e dever do Estado.

O Plano expressa a responsabilidade do governo municipal, as aspirações dos trabalhadores de saúde, da população e do Conselho Municipal de Saúde.

A elaboração é orientada pelas necessidades de saúde da população e considera a análise situacional de saúde, definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores e o processo de monitoramento e avaliação.

2. Aspectos territoriais, socioeconômicos e demográficos de Vitória/ES

A cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, está localizada na Mesorregião Central Espírito-Santense, cercada pela Baía de Vitória, é constituída por uma ilha principal fluviomarina, outras 34 ilhas e uma porção continental, perfazendo um total de 97,123 Km² de extensão territorial. Está localizada na maior região urbanizada, limitando-se ao Norte, no continente, com o Município de Serra, ao Sul, pelo Canal do Porto de Vitória, com o Município de Vila Velha, a Oeste, pela Baía de Vitória(Foz

dos rios Jucú e Santa Maria), com o Município de Cariacica e, a Leste, com o Oceano Atlântico.

A Cidade de Vitória possui uma população total estimada em 2021 de 369.534 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, configurando uma densidade demográfica de 3.767 habitantes por km².

O último dado disponível sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), do ano de 2010, apontava Vitória com 0,845 pontos no indicador, que configura “alto desenvolvimento humano” e representa a 4^a maior nota dentre as cidades brasileiras.

No campo econômico, Vitória se destaca pelo alto PIB per capita de R\$ 73.632 (IBGE, 2018) figurando na 3^a posição do ranking estadual e na 150^a dentre todos os Municípios do país.

Se entre 2002 e 2010 a participação do PIB de Vitória no total do PIB do Espírito Santo variou próximo ao patamar dos 25%, nos últimos anos, entre 2013 e 2018, esta participação caiu para a casa dos 19%, indicando que Vitória perdeu dinamismo enquanto outras cidades capixabas conseguiram se desenvolver relativamente mais. Ainda segundo os dados do IBGE sobre o PIB municipal de 2018, o Valor Adicionado Bruto (VAB) de Vitória totalizou R\$ 20,48 bilhões. A participação de cada setor da economia no VAB da cidade se deu da seguinte forma: Serviços (60,7%), Indústria (30,0%), Administração Pública (9,2%) e Agropecuária (0,1%).

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

Acrescente-se a isso os impactos que a realidade econômico-social, a urbanização, os hábitos da vida moderna e o meio ambiente têm trazido sobre essa população em seus vários aspectos, sendo a saúde um deles. Assim, essa realidade multifatorial

acarreta importantes mudanças também no perfil de morbimortalidade da população e, com isso, impacta as políticas públicas a serem destinadas às crianças, jovens, adultos e idosos.

Em relação à taxa bruta de natalidade (Tabela 1) houve decréscimo na série histórica de 13,82 por mil habitantes em 2010, para 12,15 por mil habitantes em 2016. O resultado parcial da taxa bruta de natalidade de 2020 foi o menor no período analisado (11,39 nascimentos por mil nascidos vivos).

Tabela 1. Taxas brutas de natalidade do Município em Vitória/ES, anos 2010 a 2020.

Ano	Número de nascidos vivos	População total de Vitória	Taxa por 1.000 hab.
2010	4.575	327.801	13,96
2011	4.592	330.526	13,89
2012	4.503	333.162	13,52
2013	4.657	348.265	13,37
2014	4.805	352.104	13,65
2015	4.687	355.875	13,17
2016	4.369	359.555	12,15
2017	4.612	363.140	12,70
2018	4.644	358.267	12,96
2019	4.482	362.097	12,38
2020	4.167	365.855	11,39

Fonte: SINASC, 2020; IBGE, 2020. Dados sujeitos à revisão.

Dentre todos os nascimentos de residentes, distribuídos por Regiões de Saúde, nos três últimos anos (2018 a 2020) ocorreu o maior número de nascimentos na região Continental, seguida das regiões de Maruípe, Forte de São João e São Pedro. Quando se analisa em relação aos Territórios, no ano de 2020, em nascimentos, destacaram-se respectivamente os Territórios de Saúde de Jardim Camburi (11,86% - 494/4.167), Consolação (4,44% - 185/4.167), Santa Luiza (7,03% - 293/4.167) e Ilha das Caieiras (4,56% - 190/4.167).

A Região Continental possui o maior percentual (36,28%) do total de residentes cadastrados em 2020. Na sequência estão as Regiões de Maruípe (20,45%), do Forte de São João (14,52%), de São Pedro (11,37%), de Santo Antônio (9,56%) e do Centro (7,82%).

A razão de sexos no Município é da ordem de 82,66%, ou seja, para cada 100 mulheres existem 83 homens, aproximadamente. O sexo feminino perfaz 54,74% da população cadastrada total. Na distribuição por faixa etária observa-se que 57,31% da população cadastrada possuem entre 20 e 59 anos (Figura 1).

Pirâmides populacionais do município de Vitória/ES, 2000 e 2020.

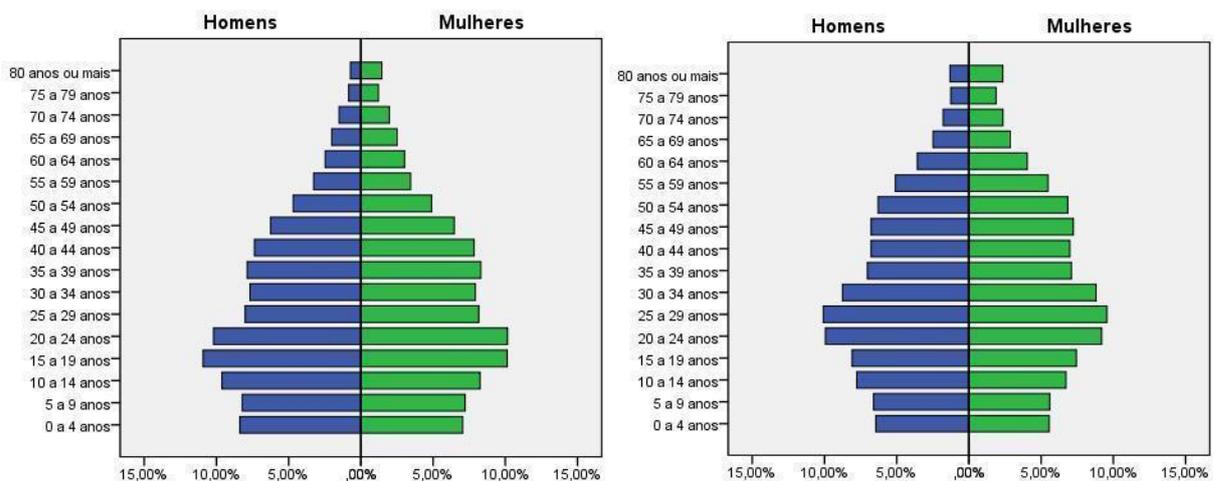


Figura 1. Fonte: Rede Bem Estar, SEMUS/PMV, 2020. Dados sujeitos à revisão.

A proporcionalidade da população cadastrada de 2020 demonstrou que a população de menores de um ano foi maior nas regiões Continental, Maruípe e São Pedro. Os menores de cinco anos e adolescentes predominaram nas regiões: Continental e Maruípe. As regiões Continental, Forte de São João e Maruípe concentraram a maior parte da população entre 20 e 59 anos como também a população idosa (acima de 60 anos).

3. Organização do Sistema Único de Saúde em Vitória/ES

A saúde é um direito humano, coletivo e individual, que expressa o nível de desenvolvimento social e econômico de um país, a qual exige a articulação de diferentes políticas sociais, inovação, equidade e inclusão social. O Sistema Único de Saúde (SUS), para cumprir os princípios e diretrizes constitucionais, previstos nos arts. nº 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, na Lei 8.080/1990 e na Lei 8.142/1990, se constitui por serviços de saúde, ofertado por diversas instituições,

compostos por inúmeros equipamentos e equipes e por diferentes densidades tecnológicas.

Organiza-se em atenção primária, atenção secundária e terciária (ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária), apoiada por sistemas técnicos (assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência), sistemas logísticos (sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e sistemas de governança da rede.

Em aspectos gerais, o SUS se organiza com políticas programáticas, como a Política Nacional de: Atenção Primária em Saúde, de Promoção à Saúde, de Educação Permanente em Saúde, de Educação Popular em Saúde, de Saúde Mental, de Saúde Bucal, de Alimentação e Nutrição, de Saúde da Mulher, de Saúde do Idoso, da Saúde da Criança, da População Negra, da População Indígena, da População LGBTTT, da Saúde do Homem, da Saúde do Trabalhador, de Urgência e Emergência, de Comunidades Ribeirinhas e Quilombolas, entre outras. As Políticas Nacionais de Saúde estão consolidadas nas Portarias de Consolidação de nº01 a 06, de 28/09/2017, as quais estão sob frequentes atualizações.

A Portaria de Consolidação nº 3 de 28/09/2017 definiu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, e aperfeiçoar o funcionamento do sistema para garantir o conjunto de ações e serviços de que o usuário necessita, com efetividade e eficiência. Essa organização visa a materializar os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A RAS se constitui em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A organização dos serviços sob pressuposto de redes é estruturante para o sistema, na medida em que promove economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, territórios sanitários, e níveis de atenção sendo a porta de entrada a Atenção Primária em Saúde (APS), que é a ordenadora e coordenadora de todo o sistema de saúde.

A Atenção Primária em Saúde é um nível de atenção complexo dentro da RAS, que tem um conjunto de ações em saúde que visam a proporcionar ao indivíduo, familiares e a comunidade uma melhoria na qualidade de vida através da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.

A APS compreende a base territorial como fundamental importância para o planejamento e a organização do sistema, uma vez que a dinamicidade dos processos de territorialização ultrapassa o conceito geográfico e adentra ao contexto dos modos de vida e aos processos de saúde-doença da população.

Especificamente em termos territoriais, a cidade de Vitória está localizada na Mesorregião Central Espírito-Santense e, de acordo com o novo Plano Diretor de Regionalização da Saúde - PDR 2020, a capital integra a Região Metropolitana da Saúde do Estado do Espírito Santo junto com outros vinte e dois (22) Municípios. A Região Metropolitana, que inclui as quatro maiores cidades (Vila Velha, Serra, Vitória e Cariacica), possui atualmente 44% da população estimada dos residentes em todo o Estado.

Mapa das Regiões de Saúde do município de Vitória/ES.

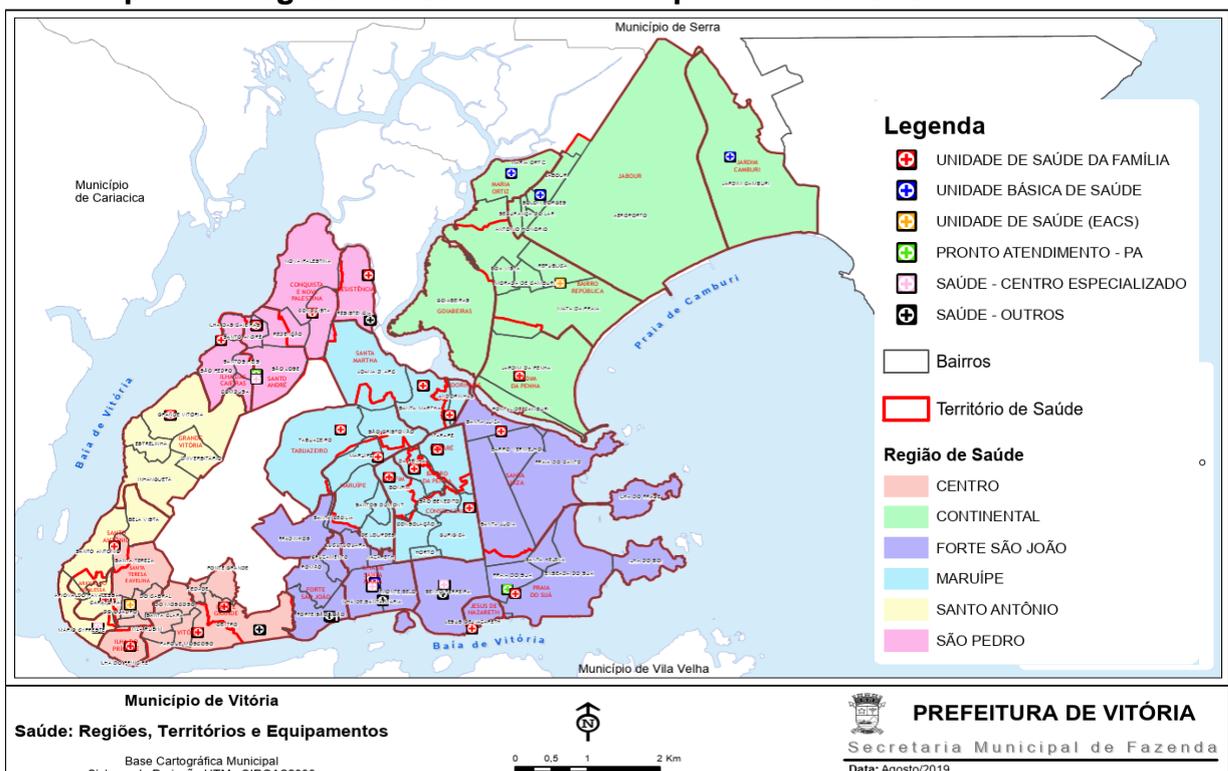


Figura 2. Fonte: PMV, 2021. (Obs.: Legenda ampliada sobre a região industrial de Tubarão).

O município de Vitória/ES está organizado em 6 Regiões de Saúde, formadas por um conjunto de bairros limítrofes com características de infraestrutura urbana, demográficas, sociais e epidemiológicas semelhantes, conforme Decreto Municipal nº 17.825/2019. As Regiões de Saúde são: Santo Antônio, Maruípe, São Pedro, Forte de São João, Continental e Centro, constituindo ao todo 29 Territórios de Saúde (Figura 2).

Essa divisão em Regiões e Territórios de Saúde no Município possibilita a organização e distribuição dos serviços de saúde regionalmente, resultando em ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo entre a população e equipes dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS), bem como articula junto à sociedade, o planejamento ascendente e participativo.

A atuação sob os pressupostos da equipe multiprofissional em saúde é base para APS, já que as práticas de cuidado sob o ser biopsicossocial são pilares da resolutividade e integralidade. A gestão clínica com qualidade é um desafio contínuo a ser almejado por profissionais, gestores do SUS e por toda população que busca um sistema de saúde qualificado e resolutivo.

A Atenção Primária de Vitória se organiza principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), com uma cobertura em 2021 de 93,83 % da população sendo atendida por um total de 81 equipes de Saúde de família (eSF). Essas equipes são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Um dos grandes diferenciais da atenção primária em comparação com outros pontos de atenção é proximidade da equipe de saúde com o usuário e a ação dos agentes comunitários de saúde, que permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança, possibilitando o vínculo e o acompanhamento longitudinal.

A Atenção Primária, pela via da ESF, visa a responder à grande maioria das demandas de saúde (80%), prestando assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando a promover a saúde por meio da educação sanitária, evitando

assim encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados e para rede hospitalar.

Vitória também conta com 17 equipes de Atenção Primária (eAP), com médico e enfermeiro, que complementam as equipes de Saúde de família no cuidado à população. Todas as Unidades Básica de Saúde (UBS) do Município contam com equipe multiprofissional ampliada (dessas equipes, 8 estão organizadas como Núcleo Ampliado de Saúde da família (Nasf) e atendem a 13 UBS) que atuam principalmente na Promoção da Saúde e no cuidado em Saúde Mental. Existem também duas equipes de Consultório na Rua, territorializadas, que em conjunto atendem ao total do Município.

Nas Unidades de Saúde de Vitória/ES, são ofertadas consultas médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico e farmacêutico; aferição de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; e vacinas; medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas (pré-natal, hipertensão, diabetes, tabagismo, entre outros); e encaminhamentos para os Centros de Referência com acesso a consultas e exames de especialidades.

O Município conta com os seguintes equipamentos de saúde:

- 29 Unidades de Saúde;
- 02 Prontos Atendimentos, PA Praia do Suá e PA São Pedro, localizados nas Regiões de Saúde de Forte de São João e São Pedro, respectivamente, responsáveis pelo atendimento de urgência e emergência do Município;
- 01 Centro Municipal de Especialidades – Doutor Aprígio da Silva Freire, onde estão instalados um Centro Municipal de Especialidades Odontológicas - CEO e um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- 03 Centros de Referência de Atenção Especializada: Centro de Referência e Atendimento ao Idoso (CRAI), Centro de Referência IST/AIDS e Centro Especializado de Atenção à Saúde da Mulher e Famílias em Situação de Violência (Casa Rosa);
- 04 Centros de Atenção psicossocial (CAPS): Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria), Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III São Pedro), Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS

AD III) e Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi);

- 01 Serviço de Consultório na Rua composto por 4 equipes;
- 15 módulos do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) localizados em praças, parques e praias e um carro volante, e 01 “SOE – Móvel”, que realiza visitas quinzenais em regiões onde não há módulos instalados;
- 01 Serviço de Vigilância Sanitária, 01 Centro de Vigilância em Saúde Ambiental, 01 Serviço de Vigilância Epidemiológica, 01 Serviço de Vigilância de Saúde do Trabalhador, 01 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (unidades da Vigilância em Saúde);
- 01 Laboratório Central Municipal (Unidade de Apoio Diagnose e Terapia SADT isolado) que tem 32 pontos de coleta de exames;
- 01 Central de Transporte Sanitário (localizada na SEMUS);
- 01 Central de Regulação de Consulta e Exames Especializados - regulação do acesso(localizada na SEMUS).

Além desses estabelecimentos de prestação de serviços de saúde à população, o Município possui equipes voltadas ao desenvolvimento institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS):

- 01 Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS);
- 01 Central de Insumos de Saúde;
- 01 Serviço de Recursos Humanos;
- 01 Serviço de Auditoria Interna;
- 01 Ouvidoria da Saúde;
- 01 Coordenação de Informação em Saúde;
- 01 Serviço de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde;
- 01 Conselho Municipal de Saúde;
- 01 Fundo Municipal de Saúde, entre outras equipes que realizam atividades complementares a gestão pública da saúde.

O acesso à Central de Transporte Sanitário/Ambulância se dá por agendamento na Central de regulação pela Unidade Básica de saúde. Em situações de urgência, deve-se acionar o SAMU 192.

Em Vitória/ES, a organização do acesso às consultas e exames de especialidades é realizada após avaliação e encaminhamentos das Unidades de Saúde da APS para a Central Municipal de Regulação. Os componentes da rede de atenção especializada são exemplificados pelos:

Atendimentos especializados: ofertados nos CAPS, Centro de Referência em IST/AIDS, CRAI e Casa Rosa, destinado a populações-específicas.

Consultas com especialidades odontológicas: ofertadas no CEO exemplificadas pelas consultas com bucomaxilo, endodontia, periodontia, próteses dentárias e pacientes com necessidades especiais.

Consultas médicas e outras especialidades: ofertadas no Centro Municipal de Especialidade de Vitória exemplificado pelas consultas de cardiologia, dermatologia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, hematologia, mastologia, nefrologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia, consulta em pequena cirurgia, pneumologia, psiquiatria, reumatologia, alergologia, fisioterapia e terapia ocupacional.

Além das consultas, em alguns casos, estão incluídos exames especializados tais como eletrocardiograma, espirometria ou prova de função pulmonar no CME.

A oferta especializada do Município, em caráter complementar, é ampliada por meio de contratos de prestação de serviços. A celebração de contratos entre a municipalidade e os prestadores de serviços de saúde privados visa a suprir as necessidades de procedimentos especializados, garantindo o atendimento de acordo com as necessidades da população, especialmente às com condições de maior vulnerabilidade.

Em relação à rede contratualizada da SEMUS, há contratos de prestação de serviços para a oferta de: a) Consultas e exames de diagnóstico em Oftalmologia; b) Atendimento e/ou acompanhamento especializado a pessoa com deficiência intelectual e/ou múltipla e autismo e crianças de 0 a 03 anos e 11 meses com alto

risco para desenvolvimento infantil (bebês de risco); c) Exames de diagnóstico (ultrassonografia, radiografia e mamografia); d) Exames de diagnóstico em Fonoaudiologia; e) Exames de diagnóstico por imagem (radiografias odontológicas digitais); e f) 03 Laboratórios para execução de serviços laboratoriais de diagnóstico em Citopatologia/Anatomia e Análises Clínicas.

A oferta especializada é de responsabilidade compartilhada e pactuada entre os gestores do SUS na esfera municipal e estadual e este tem sido um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores, demandando o desenho de fluxos de referência e contrarreferência, organizados e bem definidos, bem como critérios clínicos padronizados.

A Atenção à Urgência e Emergência Municipal se organiza de modo integrado à Rede de Urgência e Emergência (RUE) Metropolitana de modo a promover acesso coordenado conforme estratificação clínica. Um importante dispositivo de qualificação dos serviços de urgência e emergência é o protocolo de classificação de risco. O método utilizado nos Prontos Atendimentos de Vitória é o Protocolo de Manchester, um dos mais utilizados nos serviços de urgência e emergência no Brasil e no mundo.

A internação hospitalar é solicitada para os residentes de Vitória/ES a partir dos PAs ou em casos graves pelo próprio SAMU. O acesso a rede hospitalar é regulado pela Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (Sesa/ES). Um dos desafios de qualificação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência é promover integração e corresponsabilização com a Atenção Primária em Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde tem suas atribuições fixadas pela Lei Nº 6.529, de 29.12.2005, atualizada pela Lei nº 7.585, de 28.10.2008, enquanto a forma de organização e regulamento do funcionamento das suas unidades administrativas estão definidas pelo Decreto Municipal nº 15.489, de 10.09.2012, alterado pelo Decreto Nº 15.674, de 11.04.2013 e pelo Decreto Nº 19.428, de 11.05.2021, que definiu o organograma atual da SEMUS.

4. Condições de saúde da população residente em Vitória/ES

4.1 Mortalidade geral

Na cidade, a taxa bruta de mortalidade por mil habitantes, no período de 2010 a 2019, permaneceu abaixo de 6,0 por 1.000 habitantes, sendo que em 2018 e 2019 os resultados foram 5,54 e 5,92 por mil habitantes, respectivamente, de acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) de base municipal. Contudo, o resultado de 2020 para este indicador atingiu 7,15 óbitos por 1.000 habitantes. Em 2021, este coeficiente ultrapassou todos os valores desde 2010, chegando ao seu maior patamar nesta última década: 10,58 óbitos por 1.000 habitantes.

Na Figura 3, em que se observa a mortalidade específica por 100.000 habitantes, no período de 2010 a 2019, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pelas maiores taxas, seguidas pelas neoplasias, causas externas, doenças respiratórias, doenças do sistema nervoso e doenças infecciosas e parasitárias.

Taxas de mortalidade específica dos Capítulos do CID-10 com maior prevalência de óbitos por 100.000 habitantes, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

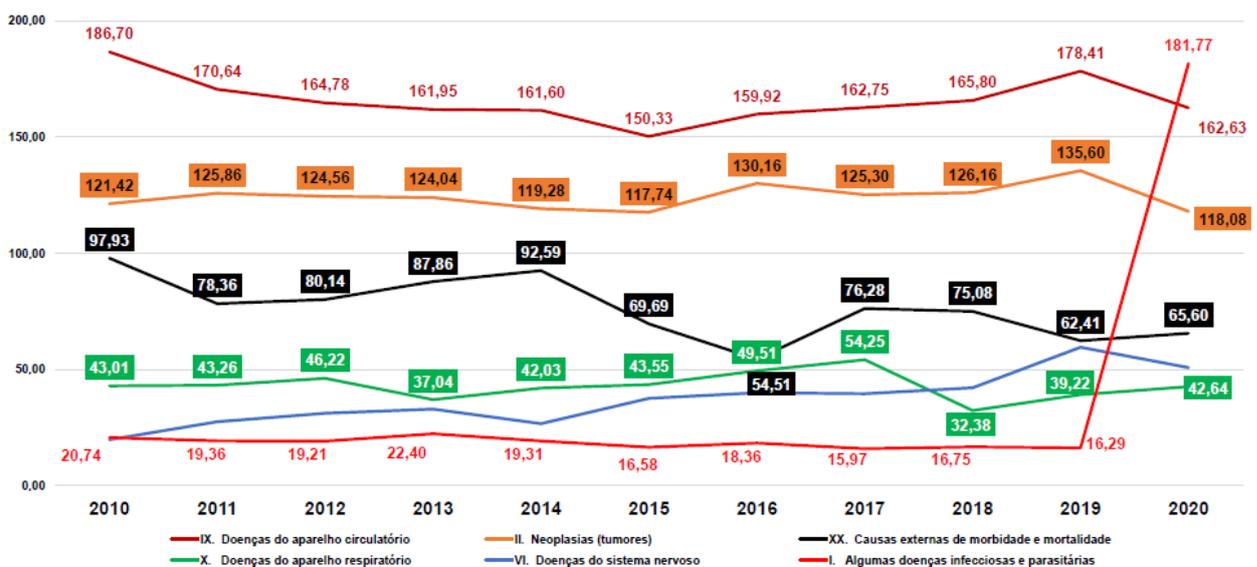


Figura 3 Fonte: SIM, 2021. Dados sujeitos a revisão.

Entretanto, no período de 2019 a 2020 ocorreu uma alteração entre as principais causas de mortalidade, sendo registrado o aumento da taxa de mortalidade

específica em relação às doenças infecciosas e parasitárias de 16,29 para 181,77 (Figura 3).

Desfechos em consequência da pandemia da Covid-19, que teve o seu primeiro caso confirmado em Vitória/ES em 13 de março 2020 (12^a SE) e o primeiro óbito ocorrido em 01/04/2020 (14^a SE). No ano de 2020 foi registrado um total de 35.137 casos, sendo 603 óbitos de munícipes, e em 2021 um total de 34.015 casos, sendo 709 óbitos (Figuras 4 e 5).

Número de casos confirmados para Covid-19, por mês de início de sintomas, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

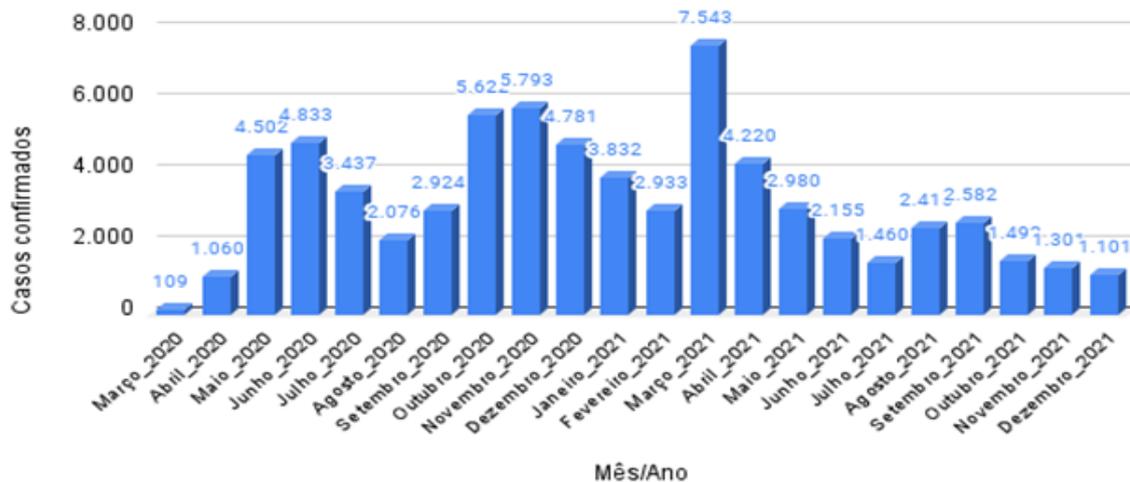


Figura 4. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Número de óbitos confirmados para Covid-19, por mês, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

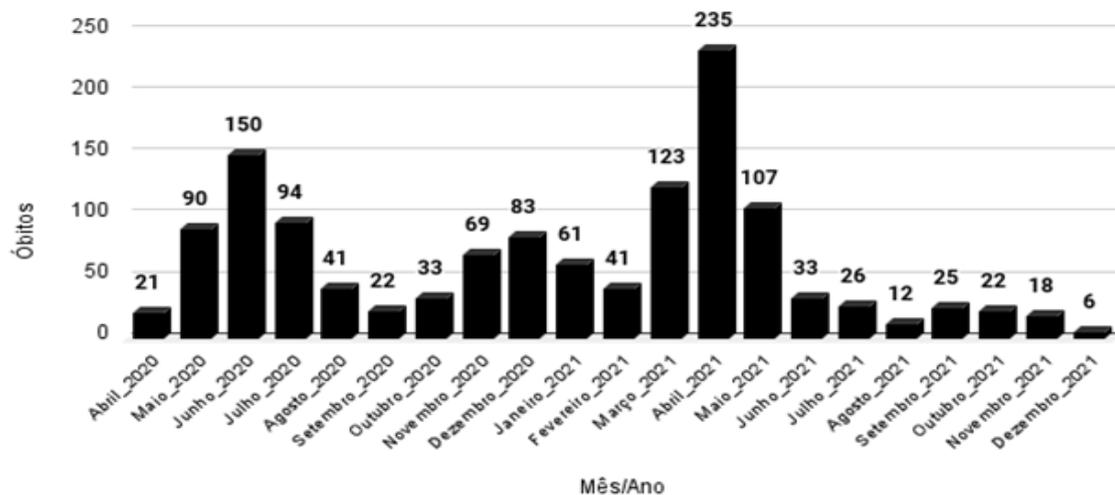


Figura 5. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

No período de 2010 a 2019 não foram observadas alterações das principais causas de morte nas diferentes Regiões de Saúde. Neste período, a principal causa de morte em todas as Regiões de Saúde foram doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias, causas externas, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Tabela 2).

Tabela 2. Nº de óbitos por mortalidade específica, por Região de Saúde, para residentes em Vitória/ES, de 2010 a 2020.

Capítulo CID-10*	CONTI-NENTAL	MARUIPE	CENTRO	SANTO ANTONIO	SAO PEDRO	FORTE SAO JOAO
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.385	1.123	523	598	486	1.284
II. Neoplasias (tumores)	1.266	772	381	382	335	987
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	459	554	221	337	390	484
X. Doenças do aparelho respiratório	362	232	123	127	110	322
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	258	216	113	115	96	222

Fonte: SIM, dados atualizados até 22/05/2021, sujeitos à revisão.*Exceto partos, do Capítulo I.

Na faixa etária menor de 20 anos, as causas externas constituem a principal causa de mortalidade em todas as Regiões de Saúde. Na faixa etária de 30 a 69 anos as neoplasias são a principal causa de óbito na região Continental, Centro e Forte São João, e as doenças do aparelho circulatório as principais causas de morte na região de Maruípe, Santo Antônio e São Pedro. Por fim, na faixa etária acima de 70 anos as doenças do aparelho circulatório constituem as principais causas de mortalidade em todas as Regiões de Saúde.

4.2 Mortalidade prematura

No período de 2010 a 2020, foram registrados 5.197 óbitos por mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Dentre as principais causas destacam-se as neoplasias (45%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (42%), doenças endócrinas (7%) e doenças do aparelho respiratório (5%), conforme Figura 6. Cabe ressaltar que independente da causa de mortalidade

prematura, o número de óbitos é maior no sexo masculino quando comparadas com o sexo feminino.

Nº de óbitos prematuros por doenças crônicas não transmissíveis, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

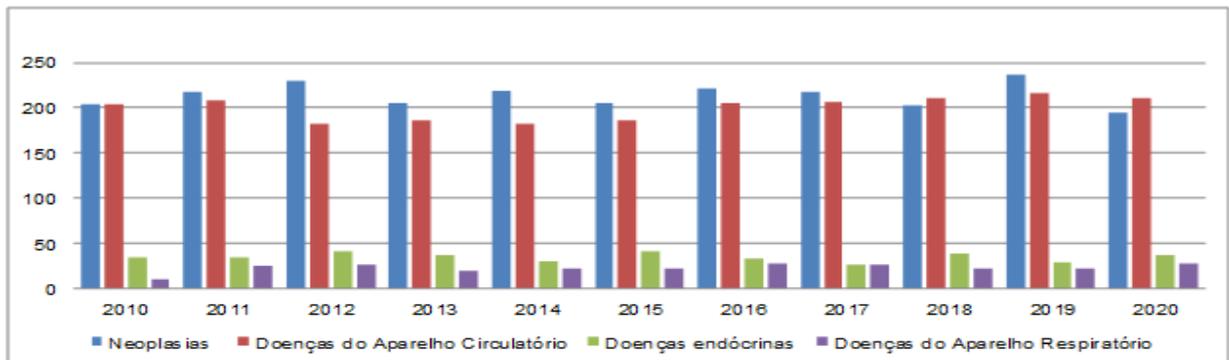


Figura 6. Fonte: SIM, 2021. Dados sujeitos a revisão.

No sexo masculino a mortalidade foi maior por doenças do aparelho circulatório (43%), seguidas pelas neoplasias (41%), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8%) e doenças do aparelho respiratório (8%). No sexo feminino a mortalidade prematura foi maior por neoplasias (47%), seguida pelas doenças do aparelho circulatório (37%), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (9%) e doenças do aparelho respiratório (7%).

A taxa de mortalidade prematura por DCNT no Município apresentou importante redução no período de 2010 (278,81 / 100.000 hab.) a 2015 (253,08 / 100.000 hab.). Entretanto voltou a se elevar em 2016 a 2019 (279,10 / 100.000 hab.). Especificamente, no ano de 2020 foi registrada uma queda (260,83 / 100.000 hab.) nesta taxa, que pode ser relacionada com a alteração no registro da causa de mortalidade em função da pandemia da Covid-19.

4.3 Internações hospitalares sensíveis à Atenção Primária em Saúde

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) são de fundamental relevância para avaliar o acesso, a qualidade, a efetividade e a resolutividade dos serviços prestados na Atenção Primária em Saúde (APS). Assim, a efetiva ação da APS diminuiria o risco das internações hospitalares, atuando na

prevenção de doenças e agravos, no diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, no controle e acompanhamento de patologias crônicas.

No período de 2010 a 2020 ocorreram 23.605 internações hospitalares de residentes de Vitória/ES por condições sensíveis a Atenção Primária em Saúde, corresponderam por cerca de 14% do total geral das internações, excetuando as internações provenientes da gravidez, do parto e puerpério. De forma geral, é possível constar um aumento do percentual de internação por CSAP no período entre 2010 e 2020 (Tabela 3), o que indica um problema de efetividade nos serviços prestações pela APS.

Tabela 3. Nº de Internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Variáveis - Vitória/ES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Total de ICSAP	1.989	2.013	1.863	1.885	2.239	2.235	2.184	2.309	2.360	2.436	2.092	23.605
Total internações*	19.238	18.832	14.750	14.097	15.076	14.892	14.383	15.539	15.224	15.276	14.657	171.964
%ICSAP/internações	10%	11%	13%	13%	15%	15%	15%	15%	16%	16%	14%	14%

Fonte: Datasus/AIH, 2021. Dados sujeitos a revisão.

*Exceto partos, do Capítulo XV

No referido período, evidenciou-se como principais problemas relacionados a essas internações: pneumonias bacterianas (17%), doenças cerebrovasculares (13%), infecções do trato urinário (11%), infecções da pele tecido celular subcutâneo (10%) e insuficiência cardíaca (7%), conforme a Tabela 4.

Tabela 4. Nº de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, por causas específicas, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

ICSAP	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
Pneumonias bacterianas	450	437	350	374	438	378	384	427	354	259	170	4.021	17%
Doenças cerebrovasculares	103	130	186	266	336	292	352	360	400	341	348	3.114	13%
Infecção no rim e trato urinário	254	217	200	160	254	280	272	264	255	238	261	2.655	11%
Infecção da pele e tecido subcutâneo	96	122	143	88	222	262	191	226	282	381	314	2.327	10%
Insuficiência cardíaca	196	224	116	105	124	99	140	152	112	151	143	1.562	7%
Demais	890	883	868	892	865	924	845	880	957	1066	856	9.926	42%
Total	1.989	2.013	1.863	1.885	2.239	2.235	2.184	2.309	2.360	2.436	2.092	23.605	100%

Fonte: DATASUS/AIH, 2021. Dados sujeito a revisões.

Considerando-se as faixas etárias dos residentes de Vitória/ES no período de 2010 a 2020, pôde-se perceber que as que mais sofreram internações no SUS por CSAP foram: crianças menores de cinco anos (31%), seguidas pelos indivíduos acima de sessenta anos (29%); indivíduos entre 20 e 59 anos (27%); indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos (8%) e crianças com idade entre 5 e 9 anos. A Tabela 5 apresenta o detalhamento das internações ocorridas ao longo do período em cada uma destas faixas etárias.

Tabela 5. Nº de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde, por faixa etária, por ano, para residentes em Vitória, 2010 a 2020.

Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%Total
Menor de 5 anos	509	596	613	636	739	725	675	618	769	833	504	7.217	31%
5 a 9 anos	122	99	99	96	124	130	109	113	112	173	118	1.295	5%
10 a 19 anos	158	154	137	138	172	178	154	156	171	172	211	1.801	8%
20 a 59 anos	670	607	556	510	586	589	584	604	574	568	551	6.399	27%
Maior de 60 anos	530	557	458	505	618	613	662	818	734	690	708	6.893	29%
Total	1.989	2.013	1.863	1.885	2.239	2.235	2.184	2.309	2.360	2.436	2.092	23.605	100%

Fonte: Datasus/AIH, 2021. Dados sujeitos a revisão.

Nº de internações por condições sensíveis a Atenção Primária em Saúde, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

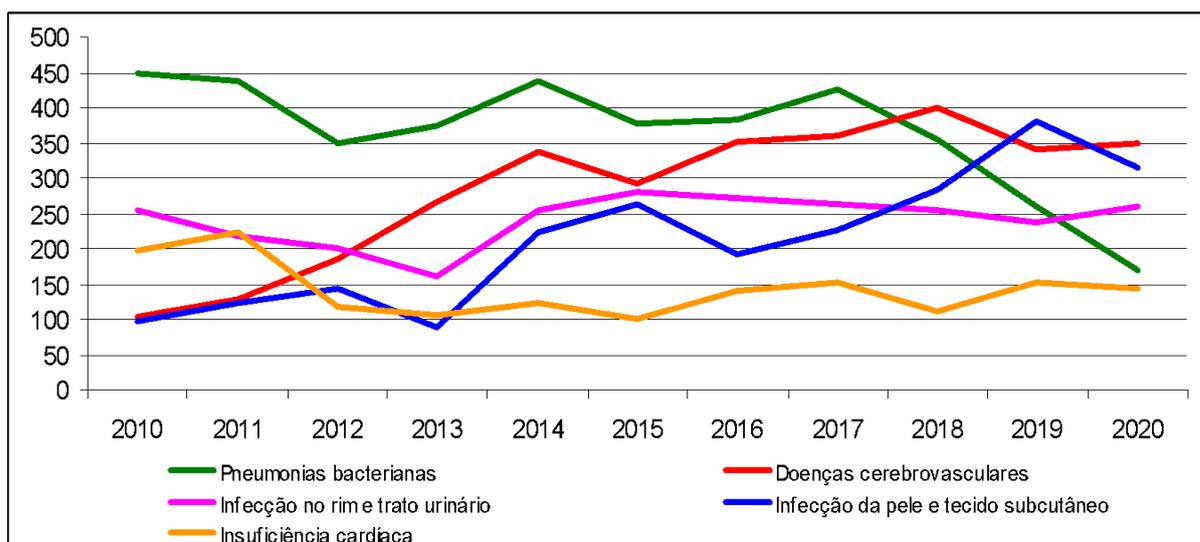


Figura 7. Fonte: Datasus/AIH, 2021. Dados sujeito à revisão.

A análise da Figura 7, de forma geral, possibilita identificar um aumento da internação de residentes do município de Vitória/ES por doenças cerebrovasculares e, também por infecções de pele e do tecido subcutâneo ao longo da série histórica

de 2010 a 2020, e uma queda nas internações por pneumonias bacterianas, principalmente no período entre 2018 e 2020.

Quanto às causas de internações por CSAP nas faixas etárias elencadas, verificou-se a predominância das pneumonias bacterianas nas faixas etárias menores de cinco anos (33,59%), infecções da pele e do tecido subcutâneo nas faixas etárias de 5 a 9 anos (23,55%) e 10 a 19 anos (22,54%) e as doenças cerebrovasculares nas faixas etárias de 20 a 59 anos (16,05%) e de 60 e mais (29,87%).

4.4 Saúde materno-infantil

A evitabilidade do materno está diretamente associada a uma assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade. No período compreendido entre 2010 e 2020 foi registrada uma redução da taxa de mortalidade materna (nº de óbitos maternos por 10.000 nascidos vivos.) em Vitória/ES, sendo de 11 em 2010 para 2,4 em 2020, conforme Tabela 6.

Tabela 6. Nº de óbito materno, nº de nascidos vivos e taxa de mortalidade materna por 10.000 nascidos vivos, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos maternos	5	1	5	1	4	1	1	1	1	2	1
Nascidos vivos	4.531	4.565	4.502	4.661	4.804	4.686	4.368	4.608	4.644	4.481	4.167
Taxa de mortalidade materna	11	4,38	13,3	4,29	12,5	2,13	4,58	8,68	4,31	6,69	2,4

Fonte: SIM e SINASC, 2021. Dados sujeitos a revisão.

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

A análise do período 2010 a 2020 no município de Vitória/ES revela que ao longo deste período foi registrada uma diminuição da taxa de mortalidade infantil, com menor valor em 2019, com uma taxa de 6,69 por 1000 nascidos vivos (Figura 8).

Taxa de mortalidade infantil, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

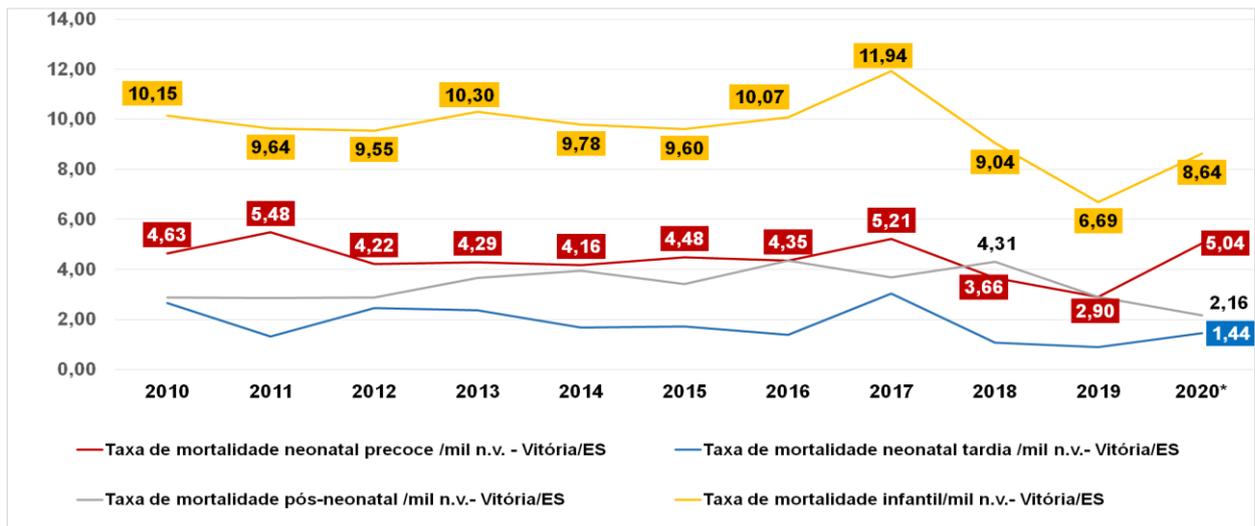


Figura 8. Fonte: SIM e SINASC, 2021. Dados sujeitos a revisão.

O acompanhamento de pré-natal é realizado pela rede municipal de saúde em conformidade as diretrizes da Rede Cegonha, atual Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI). A RAMI é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério, atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. Primeiramente, destaca-se a captação precoce da gestante, seguida do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, alimentação do sistema de informação e a vinculação da gestante, desde o pré-natal, a uma maternidade de referência na qual será realizado o parto.

O Município realiza a vinculação das gestantes acompanhadas no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco à maternidade de referência para partos de alto risco (HUCAM) através do Mapa de vinculação das Gestantes. Com o objetivo de ampliar a vinculação para 100% das gestantes cadastradas no Município, deve ser implantado o Mapa de Vinculação das gestantes acompanhadas nas Unidades de Saúde à Maternidade de referência para partos de Risco Habitual (Pró-Matre/Santa Casa de Misericórdia).

Considerando-se a série histórica de 2010 a 2020, quase a totalidade dos partos em Vitória é realizada em ambiente hospitalar (acima de 99%) e ainda predominam os partos cesáreos (65,28%) sobre os partos normais (34,71%) da totalidade dos nascimentos no período. Contudo, a partir de 2015 o percentual de partos normais em relação ao total de nascimentos em Vitória se elevou positivamente (acima de 35%), alcançando em 2019 e 2020 o percentual de 39,6% dos nascimentos

O Município manteve um percentual menor que 10% para o indicador proporção da prematividade relacionada ao número total de nascidos vivos (nascido vivo < de 37 semanas) na maior parte dos anos de 2010 a 2014, 2016 e 2017, com aumento do indicador nos anos de 2018 a 2020, com maior proporção no ano de 2020. Entretanto é preciso melhorar continuamente a assistência a gravidez, parto e puerpério para obtenção de maior redução do risco ao nascer, em relação à prematividade, ao percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2500 g) e a morbimortalidade perinatal.

Em relação à gestante HIV/Aids positiva, foram notificados 128 casos em Vitória/ES no período de 2010 a 2020, ocorrendo às maiores taxas de detecção nos anos de: 2010 (3,5 por 1.000 nascidos vivos.), 2016 (3,4 por 1.000 nascidos vivos) e 2019 (3,4 por 1.000 nascidos vivos). Em 2020 houve uma queda no número de gestantes com HIV/Aids, sendo notificados 3 casos no ano de 2020 (0,7 por 1.000 nascidos vivos).

Ocorreram dois casos de HIV/Aids em menores de 5 anos por transmissão vertical. A transmissão vertical em crianças menores que 5 anos de idade tem diminuído no Município nos últimos anos, sendo que o caso notificado no 1º trimestre (2021) é de uma criança nascida em 2017 e no ano de 2018 nenhum caso foi notificado. Para que seja considerada eliminada a transmissão vertical do HIV/Aids, a taxa de transmissão deve ser menor ou igual a 0,3 casos por 1.000 nascidos vivos, e Vitória/ES está com taxa de 0,47 casos por 1.000 nascidos vivos.

Quanto à sífilis em gestante, o Brasil é um dos países com alta incidência de casos, sendo de alta prioridade a redução e a eliminação da sífilis congênita. Em Vitória/ES,

no período de 2010 a 2016, foi observado um aumento no número de notificações de sífilis em gestantes, com aumento da taxa de detecção de 8,2 casos por mil nascidos vivos em 2010 para 46,4 casos de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos em 2019.

Contudo, o Município avançou na política de eliminação da sífilis congênita e apresentou diminuição da taxa de incidência de 14,7 casos por 1.000 nascidos vivos em 2016 para 3,1 casos por 1.000 nascidos vivos no ano de 2020. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera aceitável a incidência de sífilis congênita: 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos.

A ampliação da testagem possibilitou uma maior detecção de casos suspeitos, com destaque para o ano de 2019. No entanto, existem casos testados somente com teste rápido, que não realizaram o VDRL e, também ocorrem notificações de casos não testados, o que pressupõe a necessidade de melhor apropriação desses processos pelas equipes de saúde, para confirmação e tratamento dos casos que preenchem critérios.

A Tabela 7 apresenta a ocorrência de toxoplasmose em gestante, congênita e adquirida no período de 2010 a 2020. Com relação à toxoplasmose em gestantes, foram notificados 93 casos, sendo que 32 (34% do total) ocorreram na região de São Pedro, seguido de Maruípe (22 casos, 24%) e Santo Antônio (12 casos, 13%).

Tabela 7. Nº de casos notificados de toxoplasmose, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Toxoplasmose	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Toxoplasmose em Gestantes	2	1	3	7	2	3	1	8	16	30	20	93
Toxoplasmose Congênita	0	2	1	0	0	1	2	10	7	18	16	57
Toxoplasmose Adquirida	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	7	10

Fonte: SINAN, e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos a revisão.

4.5 Saúde do adolescente

A Atenção à Saúde dos Adolescentes no município de Vitória está pautada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que preconiza a assistência integral de adolescentes de 10 a 19 anos, tendo como eixos prioritários: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e da saúde reprodutiva e da redução da morbimortalidade por violências e acidentes, monitorando os fatores de risco desta população.

A saúde nesta faixa etária está diretamente relacionada à promoção da participação juvenil no exercício da cidadania, no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e por meio de educação em saúde e prevenção de agravos.

Em relação à gravidez na adolescência, nos últimos onze anos, os resultados do indicador de saúde proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos demonstraram a redução gradativa desse tipo de gravidez no Município, destacando-se os últimos cinco anos. Houve decréscimo de 12,96% em 2016 para 9,84% (441 nascimentos de mães adolescentes dentre 4.481 nascidos vivos) em 2019 e 9,22% (384 nascimentos de mães adolescentes dentre 4.167 nascidos vivos) em 2020.

Dentre todos os nascimentos de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, distribuídos por regiões e territórios de saúde no período de 2010 a 2020, observou-se que os locais com maior frequência de nascimentos foram (ordem decrescente):

Região de Maruípe (31% - destaque para o Território de Consolação);

Região de São Pedro (24,58% - destaque para os Territórios de Conquista/ Nova Palestina e Ilha das Caieiras);

Região de Santo Antônio (14,33% - destaque para o Território de Grande Vitória e Santo Antônio);

Região de Forte de São João (11,35% - destaque para o Território de Forte de São João);

Região Continental (8,87% - destaque para o Território de Maria Ortiz);

Região Centro (7,59% - destaque para o Território de Bairro do Quadro).

4.6 Saúde do adulto

A assistência em Saúde das Mulheres no Município está pautada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, que consiste num conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas em diferentes níveis de atenção à saúde e em todos os ciclos de vida. O Município também possui a estratégia de Apoio Matricial em Saúde das Mulheres – AMSM para 13 unidades de saúde, que tem como objetivo a qualificação da Atenção Primária em Saúde, tornando mais horizontal a prática das especialidades em relação à saúde das mulheres.

Com relação à detecção precoce do câncer de Colo de Útero e de Mama, as Unidades de Saúde realizam o rastreamento da população alvo, conforme Diretrizes do Instituto Nacional do Câncer (INCA), ofertando consultas médicas e de enfermagem, coleta do colpocitológico (preventivo) e exames clínicos das mamas. Além disso, o Município oferta o exame de mamografia e a ultrassonografia complementar, quando necessário, e nos casos de exames alterados, as mulheres são referenciadas para realização do exame de Colposcopia e/ou a Cirurgia de Alta Frequência (CAF) nos serviços municipais de referência.

Em relação à saúde sexual e reprodutiva da mulher, homem, casal ou o indivíduo, as 29 unidades de saúde do Município realizam a oferta de atendimentos com profissional da equipe de saúde, consultas de puerpério, visitas domiciliares, visitas ao recém-nascido, demandas espontâneas e grupos de educação em saúde.

As unidades de saúde ofertam métodos contraceptivos reversíveis, preservativos masculinos e femininos, anticoncepção hormonal oral e injetável e inserção de Dispositivos Intrauterinos – DIU, de acordo com as Diretrizes e Fluxos do Planejamento Familiar do Município. Além disso, realizam o atendimento, avaliação e encaminhamento dos munícipes para a esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia), em conformidade com a legislação vigente.

Nesse contexto, o Município também disponibiliza a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) e aconselhamento especializado em direitos sexuais e

reprodutivos relacionados a concepção, tanto nas UBS e como no Centro Municipal de Especialidades (CMEV). A oferta de vasectomia, paralisada desde 2020, vem sendo reestruturada para retorno do atendimento aos munícipes.

Quanto à mortalidade de mulheres, o Município realiza a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), ou seja, aquelas entre 10 e 49 anos, e das mortes ocorridas no ciclo gravídico puerperal, por meio do Comitê de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materno-Infantil e Transmissão Vertical - COPEMI.

No período de 2010 a 2020, as principais causas de óbitos entre mulheres foram as neoplasias, com destaque para o câncer de mama e de útero, seguidas pelas causas externas, com destaque para os homicídios por arma de fogo, doenças cardiovasculares e doenças infecto parasitárias, responsáveis por 75,1% dos óbitos em mulheres. Já as mortes maternas, relacionadas à gravidez, parto e puerpério, corresponderam a 3,46% dos óbitos registrados. A taxa de mortalidade de MIF tem apresentado uma queda ao longo da série histórica, apresentando em 2020 o resultado de 74,04 óbitos por 100.000 mulheres em idade fértil.

No que tange à Saúde dos Homens, o Município segue a Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem (PNAISH) que tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade para a população masculina, de 20 a 59 anos de idade, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS. Os eixos temáticos prioritários da PNAISH são: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; prevenção de violências e acidentes.

Em relação ao eixo Paternidade e Cuidado destaca-se no Município o pré-natal do parceiro, que possibilita o desenvolvimento dos demais eixos prioritários dessa política, pois permite o acesso e acolhimento dos homens nos serviços de saúde, cuidando da sua saúde sexual e reprodutiva durante a gestação, identificando fatores de risco para surgimento ou agravamento das doenças prevalentes na população masculina e, direta ou indiretamente, prevenindo violências e acidentes.

Dentre as doenças prevalentes na população adulta, tanto masculina quanto feminina, destacam-se a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*. A assistência às pessoas com hipertensão e diabetes no Município considera a perspectiva da integralidade das ações, a promoção da saúde, a prevenção das complicações decorrentes desses agravos, bem como tratamento adequado, qualificando a atenção à saúde, a motivação para o autocuidado e a adoção de comportamentos saudáveis à população portadora destas condições crônicas.

Nesse sentido, são ofertados atendimentos e acompanhamento multiprofissional em todas as unidades de saúde para todas as necessidades básicas e com encaminhamento para especialistas no Centro Municipal de Especialidades (CME) ou outros serviços de acordo com cada caso.

Outra doença que ainda se destaca na população é o tabagismo, reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina, sendo considerado a maior causa evitável isolada de adoecimento e morte precoce no mundo. O tabaco causa a maior parte de cânceres de pulmão e está relacionado à maioria dos outros tipos de cânceres, a acidentes vasculares encefálicos e infartos agudos do miocárdio.

Com o objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) articula a rede de tratamento do tabagismo do SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e ações educativas e a promoção de Ambientes Livres do Tabaco (ALT).

A prevenção da iniciação do tabagismo, especialmente entre crianças e adolescentes, a promoção da cessação do fumo, e a proteção da população da exposição à fumaça ambiental do tabaco, são algumas das ações prioritárias dos programas de controle do tabagismo nos estados e Municípios. Em Vitória/ES, todas as 29 unidades básicas de saúde fazem parte do PNCT e ofertam tratamento aos tabagistas.

4.7 Mortalidade por acidentes de trânsito

Os acidentes de trânsito representam uma das principais causas de mortes e incapacitações nas grandes cidades do Brasil e resultam da combinação de fatores relacionados às vias, ao ambiente, aos veículos, aos usuários e ao modo como eles interagem. Além das mortes, os acidentes representam importante causa de internação hospitalar e geram altos custos sociais, como os cuidados em saúde, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para as vítimas e seus familiares. Sua ocorrência está relacionada, na maioria das vezes, a atitudes e posturas que levam ao aumento de riscos e a situações a eles vinculadas.

A informação sobre vítimas mortais de acidentes de trânsito é compilada por cidades e países em nível mundial. As organizações não municipais e iniciativas como o Programa Global de Indicadores Urbanos da UN-Habitat, o BAsD, CEROI, a UTBI e os Indicadores Comuns Europeus também recolhem dados similares. Em Vitória/ES, tanto o número absoluto quanto a taxa de óbitos por acidentes de trânsito por 1.000 habitantes - residentes em Vitória vem reduzindo gradativamente, conforme Tabela 8.

Tabela 8. Nº de óbitos por acidentes de transporte, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos	58	51	39	63	46	37	33	39	35	18	22

Fonte: SIM, 2021. Dados sujeitos a revisão.

4.8 Saúde da pessoa idosa

O município de Vitória organiza a atenção à saúde da pessoa idosa na perspectiva do envelhecimento saudável, adotando medidas que visam a recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A atenção à saúde da pessoa idosa em Vitória está estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos e necessidades, capaz de prover atenção integral e integrada a essa população. Organiza-se a partir da Atenção Primária a Saúde (APS), que desempenha a função de coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção.

A atenção ambulatorial especializada é realizada por meio do Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (Crai), serviço de acesso 100% regulado, que oferece atendimento em geriatria e gerontologia a pessoas idosas com comprometimento da capacidade funcional e cujos níveis de complexidade estão fora do escopo das equipes da Atenção Primária em Saúde.

O Ministério da Saúde destaca que a população idosa, apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzido pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado. Um dos instrumentos utilizados para aprimorar a atenção a essa população é a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI), proposta como uma estratégia para estruturar e organizar o cuidado em saúde da pessoa idosa.

A avaliação multidimensional do idoso é o processo diagnóstico utilizado para avaliar a saúde do idoso e para o direcionamento das intervenções a serem propostas. É um processo global e amplo que envolve o idoso e a família, e que tem como principal objetivo a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados. Busca-se com essa metodologia aprimorar a qualificação da atenção à saúde ofertada às pessoas idosas, contribuindo para que o SUS responda de forma efetiva às necessidades de saúde desta população, para a organização da rede de atenção e para otimização dos recursos disponíveis no Município.

Nesse sentido, Vitória passa a adotar a AMPI na APS como instrumento do cuidado em saúde da população idosa nesse nível de atenção e como direcionador para o acesso aos demais níveis de atenção de forma a alcançar o cuidado integral à pessoa idosa.

4.9 Saúde bucal

A SEMUS realiza ações de promoção e prevenção em saúde bucal em todos os territórios de saúde. Os atendimentos odontológicos individuais são realizados nas Unidades Básicas de Saúde, no Centro de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis (CRIST), no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CMEV) e nas Unidades de Pronto Atendimento (PAs). Além destas ações são ofertados exames radiográficos e consultas especializadas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O município de Vitória possui cobertura média de saúde bucal na atenção básica de 79,25% segundo dados das nove últimas competências fornecidas pelo Ministério da Saúde. São 73 equipes de saúde bucal homologadas que atuam nas unidades de saúde do Município, sendo 59 vinculadas a equipes de saúde da família e 14 na atenção primária.

Como a assistência odontológica apresenta um alto risco de exposição a materiais biológicos, a pandemia de Covid-19 trouxe novas exigências sanitárias, e a consequente necessidade de se incorporar no processo de trabalho das equipes o reforço nos cuidados de biossegurança, bem como o uso de novas ferramentas, como a teleodontologia e o acolhimento odontológico qualificado.

O desafio para os próximos anos é promover de maneira segura e qualificada a ampliação do acesso aos serviços odontológicos municipais. Para isso, é fundamental manter a infraestrutura dos locais de atendimento adequada à nova legislação sanitária em vigência, bem como investir na qualificação constante do processo de trabalho das equipes.

Outra ação importante para ampliar o acesso é a alteração do porte do CEO municipal do tipo II para tipo III, que permitirá o incremento da oferta das especialidades odontológicas de endodontia, periodontia, cirurgia, diagnóstico oral e atendimento a pacientes com necessidades especiais, nesse serviço.

4.10 Pessoas vítimas de violência interpessoal e autoprovocadas

Desde 2006, o município de Vitória/ ES integra o Sistema Nacional de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). A implantação desta Vigilância no Município iniciou-se nas Unidades de Saúde, Pronto-Atendimentos, CAPS, Centros de Referência, Maternidades, Hospitais Públicos e Privados. Progressivamente se avançou para pactuações intersetoriais com o objetivo de capilarizar as fontes de notificação e fortalecer a Rede de Proteção Socioassistencial do Município. Atualmente o Município conta com 81 fontes de notificação. Em 2019 a Secretaria Municipal de Educação/ SEME passou a integrar o Sistema de Vigilância de Violências enviando informações para a vigilância de violências.

Há uma tendência de aumento anual da capacidade do Município em identificar os casos e realizar a notificação a vigilância epidemiológica, resultado de investimento em ações de articulação intra e intersetorial da vigilância. Analisando os dados notificados em 2020 (n= 1.388 casos), segundo o e-SUS/VS, se identifica que com relação ao ano anterior (2019) houve uma redução de 36,88% no número de notificações recebidas pela vigilância, em decorrência da reorganização dos serviços, Assistência Social, Educação, Direitos Humanos, Conselhos Tutelares e outros, para o cumprimento das orientações sanitárias.

Do total de casos recebidos, em 2020, 73% são vítimas do sexo feminino. A análise por faixa etária revela maior prevalência de zero a 19 anos; por raça/ cor revela maior prevalência de vítimas da raça negra (Preta + Parda); em 44% dos casos a vítimas possuíam deficiência/ transtorno; em 60% dos casos a violências eram crônicas.

Segundo a tipologia das violências 32,27% (448 casos) foram de violências autoprovocadas, que incluem as autoagressões e as tentativas de suicídio. Analisando as Violências Interpessoais a mais notificada foi a física (350 casos), seguida pela sexual (223 casos), negligência (167 casos), psicológica (153 casos), trabalho infantil (43 casos), financeira (21 casos), intervenção legal (07 casos), sucessivamente.

Com relação às notificações de violência Sexual contra crianças e adolescentes (zero a 19 anos), foram notificados 164 casos, que representam uma redução de 32,78% dos casos notificados com relação a 2019 (244 casos). No ano de 2020, o perfil dos casos notificados relacionados à violência sexual, 73% dos das vítimas tinham entre zero e 19 anos; 87,8% são do sexo feminino; 78% negras; em 61% dos casos a exposição a violência sexual era crônica; em 87,8% a violência aconteceu na residência e em 93% dos casos o agressor é uma pessoapróxima à vítima.

Com relação às violências autoprovocadas, em 72% dos casos notificados as vítimas são do sexo feminino; 35% na faixa etária de 5 a 19 anos; já nos casos notificados de tentativas de suicídio, em 56% dos casos o meio de agressão utilizado foi a ingestão de medicamentos.

4.11 Cuidado integral em saúde mental da população

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é responsável por organizar ações e serviços relacionados ao cuidado integral em Saúde Mental da população, em consonância com o redirecionamento do modelo assistencial nessa área e garantia da proteção e dos direitos das pessoas com transtorno mental, definidos na Lei.

Sua organização visa à criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, conforme preconizado na Portaria.

Os cuidados em Saúde Mental serão ainda mais prementes nos próximos anos em vista da precarização observada no âmbito dos determinantes sociais da saúde no país (alimentação, moradia, trabalho, renda, educação, lazer, acesso a bens e serviços essenciais entre outros) e, também dos impactos advindos com a pandemia do novo coronavírus e de seus múltiplos desdobramentos psicossociais.

Em face desse contexto, é esperado aumento nos níveis de sofrimento mental da população e instabilidade em quadros crônicos e agudos de transtorno mental e de uso indevido de álcool e outras drogas, incluindo aumento de riscos de suicídio, o que demanda da saúde pública intensificação das estratégias de cuidado em saúde mental, ampliação de seu alcance no território e melhorias na qualidade e no acesso dos munícipes a esse cuidado.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória/ES mantém o compromisso de aprimorar continuamente sua organização e as potencialidades das ações de cuidado em Saúde Mental, atendendo aos desafios na área para os anos vindouros. A RAPS de Vitória/ES conta com os diversos pontos de atenção que já fazem parte de sua composição, a saber:

a) No componente da Atenção Básica: acompanhamento multiprofissional em Saúde Mental nas 29 unidades de saúde da rede municipal realizados de forma articulada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família e/ou Atenção Primária e equipes do Núcleo Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) e por duas equipes de Consultório na Rua.

b) No componente da Atenção Especializada: destacam-se os quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS Ilha de Santa Maria), 01 Centro de Atenção Psicossocial tipo III (CAPS III São Pedro), 01 Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) e 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).

Ainda na Atenção Especializada, o cuidado em Saúde Mental ocorre no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CMEV), no Centro de Referência no Atendimento ao Idoso (CRAI), Centro de Referência em IST/Aids, Centro Especializado de Atenção à Saúde da Mulher e Famílias em Situação de Violência (Casa Rosa).

c) No componente das Estratégias de Desinstitucionalização: 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

d) No componente das Estratégias de Reabilitação Psicossocial: compõem as ações desenvolvidas pelos CAPS de Vitória, SRT e UBS atividades individuais e coletivas voltadas ao resgate e promoção da autonomia, reinserção social, exercício de cidadania e geração de renda.

Entre as estratégias de gestão do trabalho em saúde pela RAPS, ocorrem as ações de matriciamento em Saúde Mental, fomentando o cuidado coordenado, integral e corresponsável entre os diversos pontos de atenção da rede municipal de saúde. Em especial, entre os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde, no intuito de fortalecer a resolutividade e o papel ordenador da Atenção Básica no processo do cuidado. Nesse sentido, as ações de matriciamento devem ocorrer de forma sistemática e incorporada nas rotinas dos serviços, sendo uma tecnologia relevante na construção e seguimento da atenção em Saúde Mental.

Em vista do papel fundamental da Atenção Primária em Saúde na oferta e ordenação do cuidado em saúde mental, é necessário fortalecer, nas Unidades de Saúde do Município, as equipes multiprofissionais de apoio/Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF), potencializando o alcance das intervenções em Saúde Mental nos territórios.

4.12 População em situação de rua

Também integrando a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito da Atenção Básica, as duas Equipes de Consultório na Rua (CnR) são importantes dispositivos públicos para o cumprimento do objetivo de reduzir a lacuna assistencial das políticas de saúde voltadas para Pessoas em Situação de Rua (PSR). O Consultório na Rua oferece cuidados em saúde no âmbito da atenção básica e da atenção psicossocial no próprio espaço da rua, incluindo cuidados em saúde mental, preservando o respeito no contexto sociocultural da população.

Norteia sua atuação no respeito às diferenças, na promoção de direitos humanos, na inclusão social; no enfrentamento de estigmas; nas ações de redução de danos e na

intersetorialidade. As equipes atuam segundo critérios de territorialização, cada qual responsável por 03 das 06 regiões de saúde do Município: a eCR da UBS Andorinhas como referência para Região Continental, Maruípe e Forte São João; e a eCR da UBS Vitória como referência para a Região Centro, Santo Antônio e São Pedro.

O Município mantém seu engajamento na construção permanente da Política de Saúde Mental e avanço na implementação das políticas públicas na área, participando ativamente de espaços dialógicos e deliberativos como o Grupo Condutor da RAPS da Região Metropolitana e Grupo Condutor da RAPS Estadual. Na rede municipal de saúde, pretende-se instituir as Diretrizes da RAPS no Município e constituir um Grupo Condutor da RAPS Municipal, objetivando avançar a implementação da Política de Saúde Mental e o monitoramento e avaliação dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial em Vitória.

Assim, o Município reafirma seu compromisso com o cuidado em Saúde Mental de sua população no contexto desafiador dos próximos anos. Para tanto, aperfeiçoará a RAPS Municipal a partir da garantia da composição dos seus pontos de atenção e de suas equipes na assistência à saúde; do fortalecimento das tecnologias de cuidado, dispositivos técnicos e processos de trabalho que qualifiquem o cuidado integral, coordenado e poliárquico em Saúde Mental; da qualificação da rede de atenção; e da melhoria do acesso da população aos cuidados em Saúde Mental, potencializando seu alcance e efeitos positivos nos níveis de saúde dos munícipes.

4.13 Doenças e agravos relacionados ao trabalho

Os acidentes de trabalho (AT), os acidentes de trabalho com material biológico (ATBIO) e as intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho são agravos que acometem a classe trabalhadora brasileira. Representam importante problema de saúde pública, devido aos prejuízos econômicos e sociais que acarretam a sociedade. Diferentemente do que o termo “acidente” sugere, esses eventos são preveníveis e evitáveis e, portanto, passíveis de intervenção.

Em relação ao AT de 2010 a 2020 foram notificados 930 casos de acidentes de trabalho no Município, sendo o Hospital Estadual de Urgência e Emergência a principal fonte notificadora. Os acidentes de trabalho tiveram causas diversas, entre as principais estão os motociclistas traumatizados em colisão com carro (10,9%); queda de ou para fora de edifício (8%) e contato com utensílios manuais e aparelhos domésticos com motor (7,2%). Entre os subgrupos principais da ocupação 15% ocorreram com trabalhadores de estruturas de alvenaria (ex: pedreiro e servente de obras); 8% trabalhadores de apoio à agricultura e 6% motociclistas e ciclistas de entregas rápidas.

No período de 2010 a 2020, foram notificados 2.372 AT-Bio. Em 2020 ocorreu uma redução drástica nos registros devido a Pandemia do novo coronavírus. Dos 2.372 casos notificados, houve uma maior frequência de trabalhadores do sexo feminino, correspondendo a 79,8%. Em relação à faixa etária, a maioria dos acidentes (90,2%) ocorreu com trabalhadores de 18 a 49 anos, tais características seguem a mesma tendência nacional. Em relação à escolaridade 41,3% dos acidentados possuem ensino médio completo, 11,8% ensino superior incompleto e 20,7% ensino superior completo.

No que se refere aos subgrupos principais da ocupação, 42% ocorreram com técnicos e auxiliares de enfermagem; 8% enfermeiros e afins e 7% médicos. Em relação à situação no mercado de trabalho 6,7% ocorreram com celetistas e 13,3% estatutários. Ressalta-se que do total de AT-Bio notificados, 1067 (44,9%) notificações constavam a emissão da CAT.

No período de 2010 a 2020, foram notificados 312 casos de intoxicações exógenas relacionado ao trabalho. Ao analisar esses dados alguns pontos merecem destaques: 61,9% dos casos ocorreram com pessoas do sexo feminino, e entre os subgrupos principais da ocupação 7% eram trabalhadores nos serviços de coleta de resíduos, de limpeza e conservação de áreas públicas e outros 7% de trabalhadores dos serviços domésticos em geral.

4.14 Doenças infecciosas de interesse para a Saúde Pública

Covid-19

Considerando a faixa etária dos casos confirmados de Covid-19 para residentes em Vitória/ES, entre 2020 e 2021, as pessoas entre 0 e 19 anos representam 8,2% dos casos; dos 20 aos 39 anos representam 40,8% dos casos; dos 40 aos 59 anos representam 34,3% dos casos; 60 aos 79 anos representam 14,5% dos casos; e com 80 anos ou mais, 2,2% dos casos (Tabela 8).

Em relação à faixa etária de óbitos confirmados para Covid-19, as pessoas entre 0 e 19 anos representam 0,2% dos óbitos; 20 aos 39 anos representam 3,4% dos óbitos; dos 40 aos 59 anos representam 18% dos óbitos, dos 60 aos 79 anos representam 47,9% dos óbitos; e 80 anos ou mais, 30,5% dos óbitos (Tabela 9).

Tabela 9. Frequência absoluta e relativa de casos e óbitos confirmados para Covid-19, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

Faixa etária	Casos confirmados (n)	%	Óbitos (n)	%
0 a 19 anos	5.669	8,2	3	0,2
20 a 39 anos	28.221	40,8	45	3,4
40 a 59 anos	23.720	34,3	236	18,0
60 a 79 anos	10.007	14,5	628	47,9
80 anos ou mais	1.535	2,2	400	30,5

Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Pessoas do sexo feminino representam 54,8% do total de casos confirmados de Covid-19, enquanto do sexo masculino representam 45,2%. A frequência de casos entre o sexo feminino é superior em todas as faixas etárias, exceto entre 0 e 9 anos (Figura 9).

No ano de 2020, se observou mais casos confirmados para Covid-19 nas faixas etárias de 20 a 59 anos, e com 80 anos ou mais, do que no ano de 2021. No ano de 2021, os casos confirmados para Covid-19 entre pessoas na faixa etária de 0 a 19 anos e de 60 a 79 anos, superaram aqueles contabilizados em 2020 (Figura 10).

Pessoas do sexo feminino representam 44,1% do total de óbitos confirmados de Covid-19, enquanto do sexo masculino representam 55,9%. A frequência de óbitos

entre o sexo masculino é superior nas faixas etárias entre 30 e 79 anos, iguais nas faixas etárias 80 anos ou mais e de 20 a 29 anos, e inferior na faixa etária entre 0 e 19 anos (Figura 11).

Distribuição de casos confirmados para Covid-19, segundo a faixa etária e sexo, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

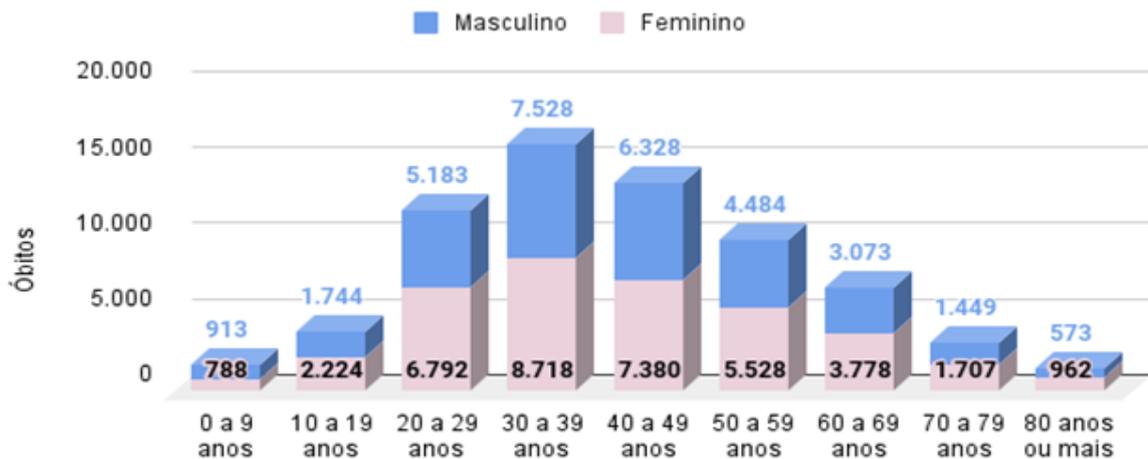


Figura 9. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Distribuição de casos confirmados para Covid-19, por ano de diagnóstico, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

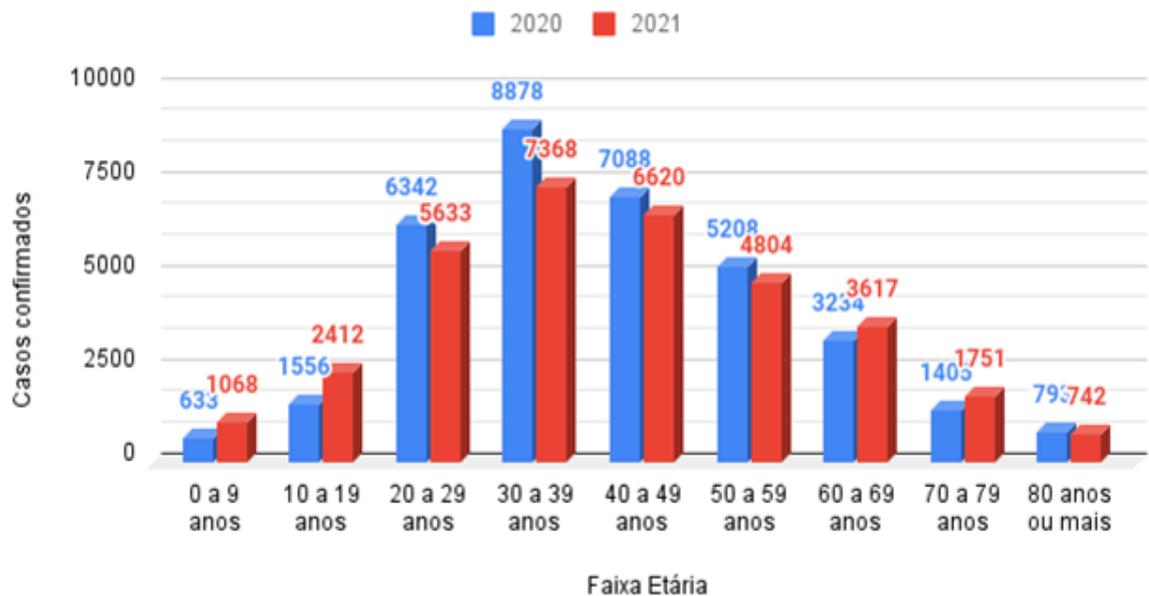


Figura 10. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Distribuição de óbitos confirmados por Covid-19, segundo faixa etária e sexo, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

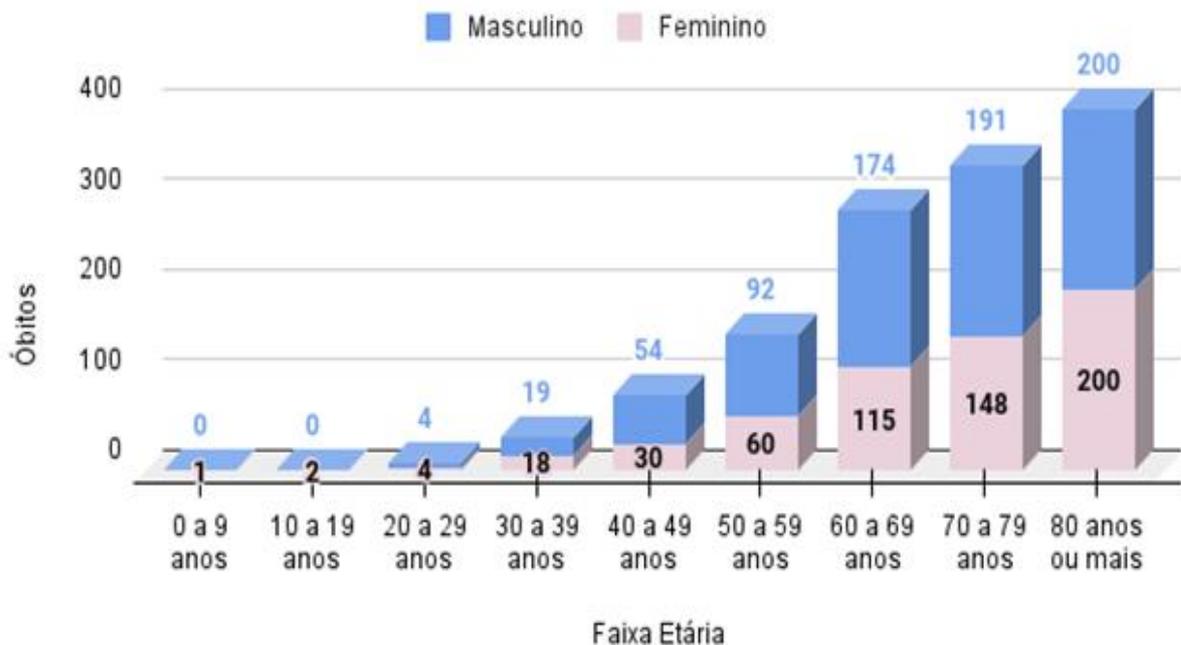


Figura 11. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

No ano de 2020 houve mais óbitos confirmados para Covid-19 nas faixas etárias de 10 a 29 anos, e com 70 anos ou mais, do que no ano de 2021. Observa-se mais óbitos confirmados por Covid-19 em 2021, em relação a 2020, entre pessoas de 30 a 69 anos e 0 a 9 anos (Figura 24). Em relação a idade em pacientes que vieram a óbito por Covid-19, entre a SE 1/2020 a SE 52/2021, a média de idade é de 70 anos (Figura 12).

A partir de janeiro de 2021, quando se inicia a vacinação no Brasil (e em Vitória/ES) observa-se, até o mês de junho de 2021, redução dos óbitos confirmados por Covid-19 em relação às pessoas com 50 anos ou mais. Concomitantemente, houve aumento de óbitos na faixa etária entre 30 e 49 anos, em janeiro de 2021, com redução a partir do mês de julho. Proporcionalmente, a faixa etária com mais representatividade nos óbitos confirmados por Covid-19, encontra-se, então, entre pessoas com 60 anos ou mais (Figura 13).

Número de óbitos confirmados para Covid-19, por ano de óbitos, segundo faixa etária, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

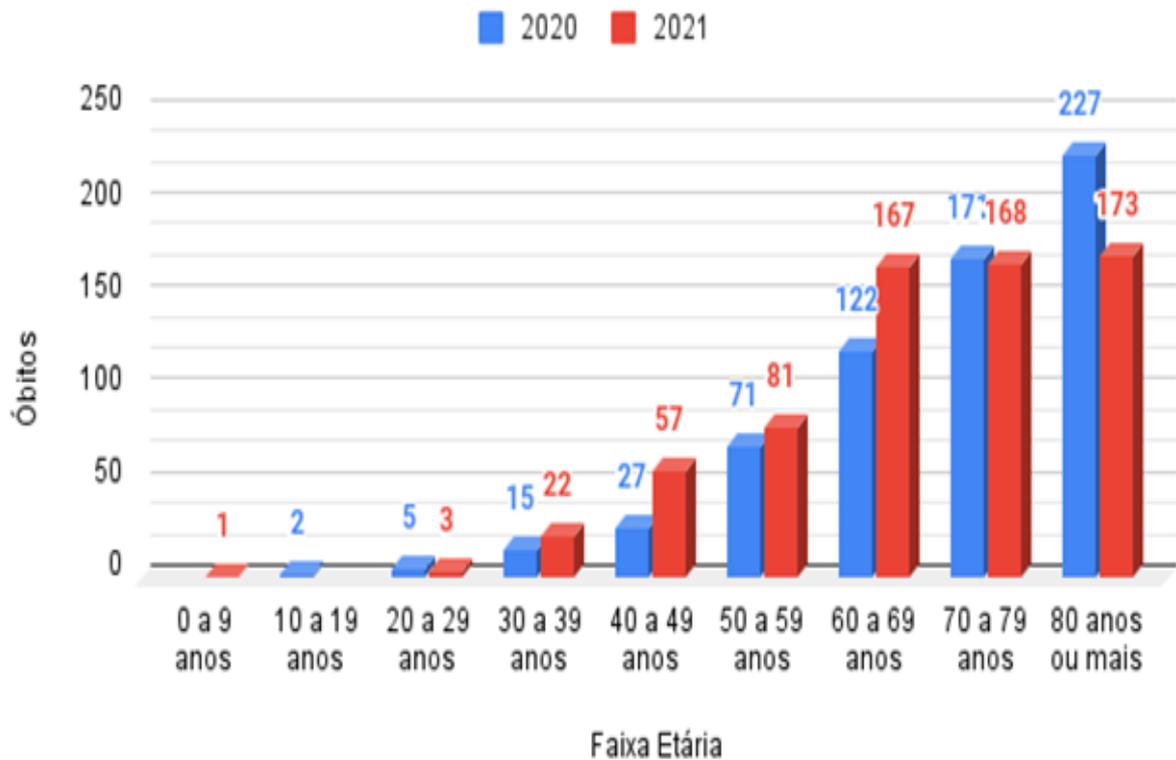


Figura 12. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Frequência absoluta e relativa de óbitos confirmados para Covid-19, segundo faixa etária e mês/ano, para residentes em Vitória/ES, 2020 e 2021.

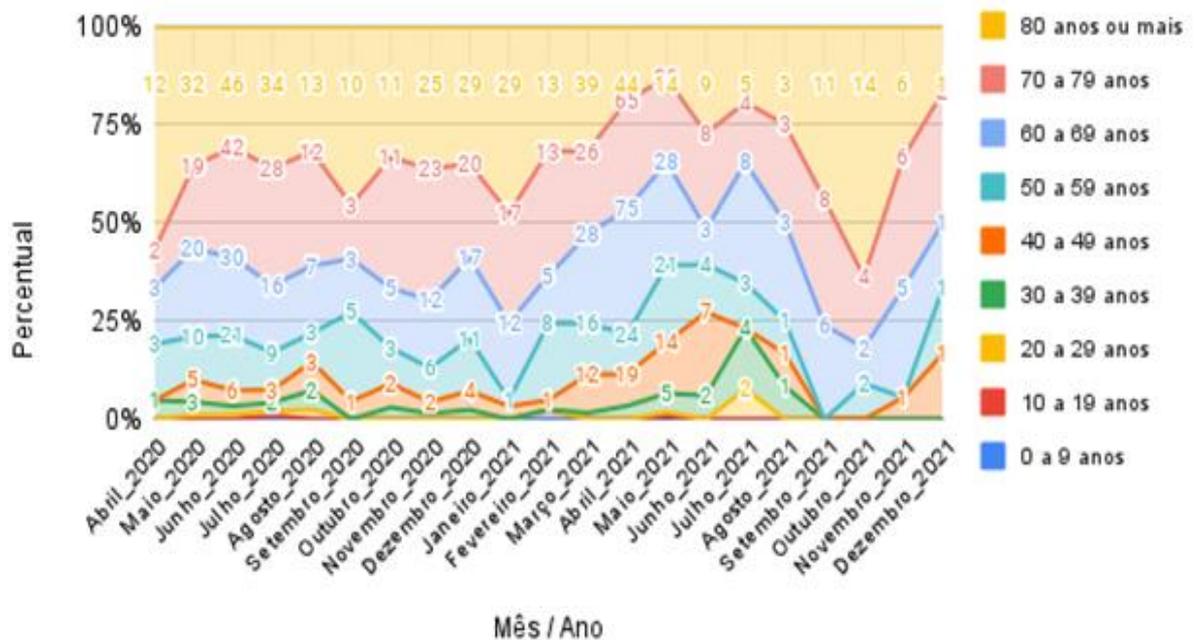


Figura 13. Fonte: e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos à revisão.

HIV/Aids

Em Vitória/ES, no período de 2010 a 2020, foram notificados 1.250 casos de HIV/Aids, sendo 907 do sexo masculino (73%) e 343 do sexo feminino (27%), com maioria dos casos devido à transmissão sexual do HIV. O ano de 2020 apresentou um aumento no número de novos casos, foram notificados 136 casos de HIV/Aids com predominância no sexo masculino, sendo 115 casos (84,5%) em Homens fazem sexo com Homens (82%) e 21 casos no sexo feminino (15,4%). A taxa de detecção de HIV no ano de 2020 em Vitória foi de 37,17 casos para cada 100.000 habitantes (Tabela 10).

Tabela 10. Nº de casos de HIV/Aids notificados, por ano de diagnóstico, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	Total %
Homens	97	91	94	98	85	72	67	75	61	52	115	907	73%
Mulheres	34	46	43	49	26	22	29	19	26	28	21	343	27%
Menores de 5 anos	2	1	1	-	1	-	2	-	-	1	2	10	1%
HIV em gestantes	16	14	14	9	9	14	15	6	12	16	3	128	10%
Total	131	137	137	147	111	94	96	94	87	80	136	1250	100%

Fonte: SINAN, SISCEL, SIM, 2020. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

A taxa de mortalidade relacionada ao HIV/Aids, em 2020, foi de 5,19 óbitos/100.000 habitantes, um pouco mais elevada que observada no país de 5,0 óbitos/100.000 hab. (Tabela 11).

Tabela 11. Nº de óbitos por causa básica HIV/Aids e coeficiente de mortalidade por Aids (/ 100.000 hab.), por ano do óbito, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos por Aids	30	31	28	33	32	27	22	21	17	25	19
Coeficiente de mortalidade	9,2	9,4	8,4	9,5	9,1	7,6	6,1	5,9	4,7	6,9	5,19

Fonte: SIM, 2020. Dados sujeitos à revisão.

Hepatites virais

As hepatites virais estão assumindo grande importância na Saúde Pública, devido à grande quantidade de pessoas infectadas e suas complicações. Tem distribuição

universal e apresenta variações em sua magnitude, em cada local, de acordo com o agente etiológico envolvido. A prevalência da hepatite A é alta em locais onde as condições sanitárias e socioeconômicas são precárias, e de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) milhões de pessoas no mundo são portadoras da infecção pelos vírus B e C das hepatites virais.

Em Vitória/ES, foram notificados 29 casos de hepatite A no período de 2010 a 2020, com predominância em 2013 (com 21 casos) devido ao surto da doença na Região de São Pedro. Nos anos de 2016 a 2020 não houve nenhum caso notificado. Com relação à taxa de detecção da Hepatite B e C no período de 2010 a 2020 no município de Vitória/ES ocorreu uma queda nos últimos dois anos em comparação aos anos de 2012 a 2018 conforme (Tabela 12). Em 2020 foram notificados 54 casos de Hepatites Virais, sendo 21 casos de Hepatite B (8, masculino e 13, feminino) e 33 casos de Hepatite C (17 masculino e 16 feminino).

Tabela 12. Nº de casos e taxa de incidência de hepatites, para residentes em Vitória/ES, 2010-2020.

Hepatite A	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Casos	3	1	2	21	0	1	0	0	1	0	0	29
Taxa de Incidência	0,9	0,3	0,6	6	0	0,3	0	0	0,3	0	0	
Hepatite B												
Casos	40	47	66	42	20	44	41	76	40	31	21	468
Taxa de Incidência	12,2	14,2	19,8	12,1	5,7	12,4	11,4	20,9	11,2	8,7	5,73	
Hepatite C												
Casos	35	29	50	61	34	43	56	77	66	39	33	523
Taxa de Incidência	10,7	8,8	15	17,5	9,7	12,1	15,6	21,2	18,4	10,9	9,01	

Fonte: SINAN, SISCEL, SIM, 2020. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

De 2010 a 2020 tivemos 60 óbitos de causa básica hepatite viral. Podemos observar que nos anos de 2010 a 2016 a maior porcentagem de óbitos foi por vírus C. Com os avanços no tratamento para Hepatite C e disponibilizados pelo SUS houve uma queda nos óbitos e em 2018 e 2019 nenhum óbito por Hepatite C foi notificado. Em 2019 e 2020 tivemos 8 óbitos por Hepatites Virais, sendo 1 pelo Vírus C e 7 pelo vírus B, conforme detalhamento na Tabela 13.

Tabela 13. Nº de óbitos por hepatites como causa básica, por ano do óbito, para residentes em Vitória, 2010-2020.

Óbitos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%TOTAL
Hepatite A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Hepatite B	3	1	0	2	2	1	2	1	3	2	5	22	37%
Hepatite C	4	6	2	3	6	6	4	6	0	0	1	38	63%
Hepatite D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL	7	7	2	5	8	7	6	7	3	2	6	60	100%

Fonte: SIM, 2021. Dados sujeitos à revisão.

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

Arboviroses

As arboviroses são doenças endêmicas no Município, com alta prevalência e alta incidência durante todo ano, com ocorrência de surtos ou variação no número de casos notificados ao longo dos anos. A Tabela 14 apresenta a série histórica das arboviroses em Vitória/ES, no período de 2016 a 2020.

Tabela 14. Nº de notificações por arboviroses, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2016 a 2020.

ARBOVIROSES	Notificações					Óbitos		
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2019	2020
Dengue	4.367	1.359	1.439	7.669	10.910	2	6	1
Zika	1.093	91	55	149	201	0	0	0
Chikungunya	178	405	204	1.112	7.593	0	0	4
Febre Amarela	2	50	11	1	1	0	0	0

Fonte: SINAN, e-SUS/VS e Rede Bem Estar, 2021. Dados sujeitos a revisão.

A incidência da dengue é a maior dentre as arboviroses, sendo observados ao longo da série histórica anos epidêmicos e não epidêmicos, assim como variação no

número de casos nos anos não epidêmicos em decorrência de surtos ou redução do número de notificações. No que se referem ao zika vírus, observa-se que em 2016 houve epidemia da doença em decorrência da entrada no vírus no país em 2015, com posterior redução no número de casos nos anos subsequentes. Sobre a ocorrência do vírus da chikungunya, em 2019 verificamos aumento no número de casos notificados e surto da doença em 2020. Por fim, em 2017 ocorreu a epidemia de febre amarela em todo país, com aumento no número de casos notificados da doença no município de Vitória/ES.

Agressão por animais com potencial transmissor de raiva

Em relação às zoonoses, em Vitória/ES, no período de 2010 a 2020, foram registradas 16.716 notificações de atendimento antirrábico humano, apresentando uma média de 1671 atendimentos por ano. A espécie animal agressora mais frequente relacionada aos atendimentos antirrábicos humanos na capital foi a canina, com 16.716 (77%) das notificações, conforme observado na Tabela 15.

Tabela 15. Nº de notificações por animal agressor, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Atendimento antirrábico	1.274	1.215	1.361	1.345	1.511	1.585	1.612	1.683	1.772	1.863	1.495
Animal Agressor	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020
Canina	1.053	961	1.061	1.086	1.221	1.239	1.241	1.269	1.318	1.381	1.103
Felina	143	156	183	188	224	268	277	315	366	366	337
Quiróptera (Morcego)	12	11	14	16	12	13	15	18	21	19	11
Outros	66	87	103	55	54	65	79	81	67	97	44
Total	1.274	1.215	1.361	1.345	1.511	1.585	1.612	1.683	1.772	1.863	1.495

Fonte: SINAN, e-SUS/VS, Rede Bem Estar e IBES/IDAF, 2021. Dados sujeitos a revisão.

No entanto, chama atenção a prevalência dos atendimentos de acidentes ocorridos com animais silvestres, com destaque aos morcegos, visto que as ações de vigilância apontam a circulação do vírus rábico nesses animais.

Em 2020 foi ocorreu uma queda no número total de notificações, quando comparado aos anos de 2014 a 2019, o que pode ter sido ocasionado pelo período pandêmico vivido e pelas medidas de quarentena preconizadas para controle da pandemia pelo

Covid-19 e, também, receio da população em procurar os serviços de saúde com devido ao risco de se contaminar com o SARS-CoV-2.

Em relação ao tratamento, destacados na Tabela 16, no período de 2010 a 2020 houve predominância da observação do animal (36,12%), se cão ou gato, para o tipo de tratamento indicado nos atendimentos antirrábicos humanos, seguido de observação + vacina (34,27%), soro + vacina (16,53%), vacina (7,44%) e outros como reexposição e pré-exposição (5,13%). Historicamente o município de Vitória atinge as metas das campanhas anuais de vacinação, com cobertura vacinal total próximo do mínimo de 80%, embora, a cobertura vacinal não se apresente igualmente distribuída em todas as regiões do Município.

Tabela 16. Nº de tratamentos indicados, por tipo de agressão, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

Tratamento Indicado	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dispensa de tratamento	1	1	5	5	2	5	6	12	3	6	6
Observação do animal	607	586	437	434	454	593	684	651	511	601	481
Observação + Vacina	373	324	528	562	637	572	475	478	647	617	516
Vacina	36	57	77	88	107	107	70	106	165	193	239
Soro + Vacina	184	160	207	195	237	245	277	340	367	347	205
Esquema Reexposição	5	7	5	6	5	4	8	16	6	9	8
Pré-Exposição (vazio)	68	80	102	55	69	58	92	66	65	85	40
Total	1.274	1.215	1.361	1.345	1.511	1.585	1.612	1.683	1.772	1.863	1.495

Fonte: SINAN, e-SUS/VS, Rede Bem Estar e IBES/IDAF, 2021. Dados sujeitos a revisão.

Leptospirose

A leptospirose tem como característica ocorrer especialmente após grande precipitação pluviométrica e desastres naturais, ambos eventos de possível ocorrência no Município, pelas características climáticas e de relevo. Compõe juntamente com as arboviroses e as doenças de veiculação hídrica as doenças de maior relevância para assistência e vigilância em eventos pós-desastres.

Nesse sentido, observa-se aumento no número de casos da doença em 2014 (Tabela 17), após a ocorrência de grande precipitação pluviométrica no final do ano de 2013. Por outro lado, entre 2014 e 2017 houve período de estiagem prolongada,

conforme consta na série histórica anual de precipitação pluviométrica do Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural (INCAPER), mas manutenção de casos de leptospirose. Tais dados demonstram que a ocorrência da doença é facilitada pela transmissão hídrica, mas não está a ela restrita, havendo necessidade de ações contínuas de controle de roedores, em especial nos casos de mordedura, comportamento que sugere alta infestação local.

Tabela 17. Nº de notificações de casos de leptospirose, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

LEPTOSPIROSE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos Notificados	354	79	80	172	210	57	52	67	52	77	43
Casos Confirmados	31	9	9	12	68	7	3	6	3	8	3
Óbito	0	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0

Fonte: SINAN, e-SUS/VS, Rede Bem Estar, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Esporotricose:

Em Vitória/ES, a ocorrência de surtos de esporotricose animal é recente, assim como a notificação de casos humanos pelas Unidades da Rede SEMUS, sendo observado maior incidência em áreas com carência socioeconômica e ambiental. Apesar de não representar alta mortalidade em humanos, trata-se de uma doença altamente contagiosa e de fácil disseminação entre animais e de animais para humanos.

Tabela 18. Nº de notificações de casos de esporotricose, por ano de ocorrência, para residentes em Vitória/ES, 2019 a 2020.

	ESPOROTRICOSE	2019	2020
Humano		-	15
Animal (gatos)	Amostra coletada	64	206
	Diagnóstico confirmado	18	183

Fonte: SINAN, e-SUS/VS, Rede Bem Estar, 2021. Dados sujeitos à retificação.

Devido à grande capacidade de disseminação da doença, verificou-se em apenas dois anos aumento de 10 vezes no número de casos confirmados de esporotricose animal no Município, o que reflete a velocidade com que a doença se difunde nos

territórios de saúde e o risco que a população humana está exposta, especialmente nas regiões de maior vulnerabilidade socioambiental (Tabela 18).

4.15 Doenças negligenciadas

A assistência às pessoas com tuberculose (hanseníase) está pautada na qualificação das ações de prevenção, diagnóstico, assistência e vigilância, visando ao controle da doença e a organização da rede de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social.

As Unidades Básicas de Saúde devem facilitar o acesso de casos suspeitos, sendo porta de entrada dos pacientes de Hanseníase e Tuberculose, para seu diagnóstico precoce e tratamento, diminuindo a transmissão da doença na população, visando a eliminar fontes de infecção e evitar sequelas.

Tuberculose

Com relação à tuberculose, o Município conta com um Programa de Referência Municipal, o qual é responsável pelo atendimento dos casos que utilizam o esquema básico de tratamento, encaminhando os demais, de ordem mais complexa, para o serviço de referência terciário, localizado no Hospital das Clínicas (HUCAM).

Em Vitória/ES, a incidência da doença vem caindo ao longo dos anos, passando de 48,54 casos por 100.000 habitantes em 2010, para 34,4 casos por 100.000 habitantes, em 2020 (Figura 14). Entretanto, essa diminuição da incidência pode não refletir a situação real, devido ao baixo percentual de solicitação de testagem de sintomáticos respiratórios (SR) para tuberculose, ou seja, os casos podem estar presentes e sem diagnóstico. No período de 2014 a 2020, o percentual anual de realização de exames de escarro atingiu o valor máximo de 41% da meta, em 2018, chegando à condição crítica de 21%, em 2020, também influenciado pelo surgimento da pandemia de Covid-19.

Coeficiente de incidência de tuberculose por 100.000 hab., para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

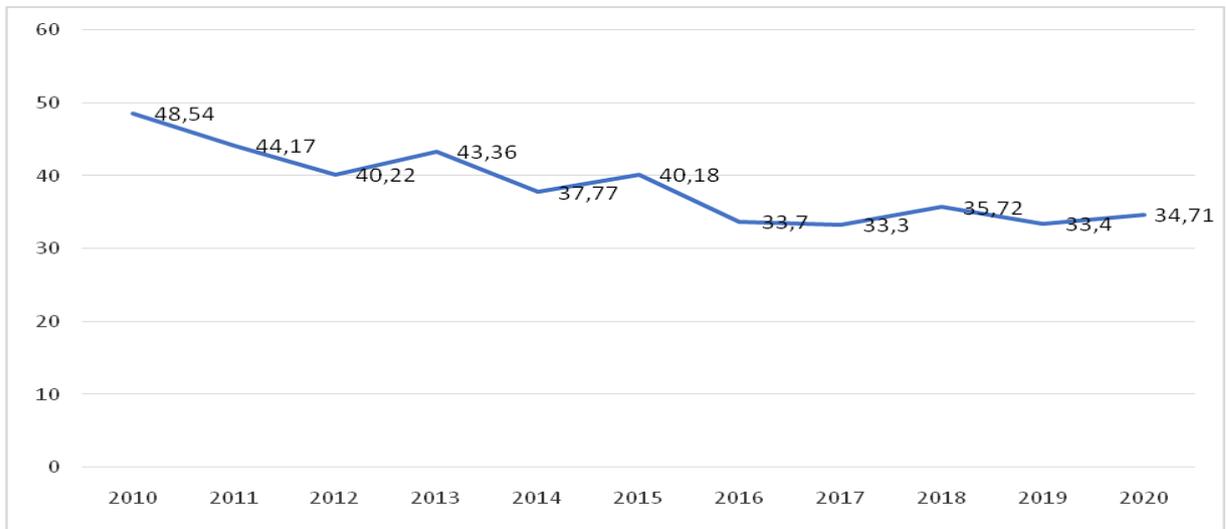


Figura 14. Fonte: SINAN, e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos a revisão.

Percentual de cura e de abandono entre os casos novos de tuberculose pulmonar, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2019.

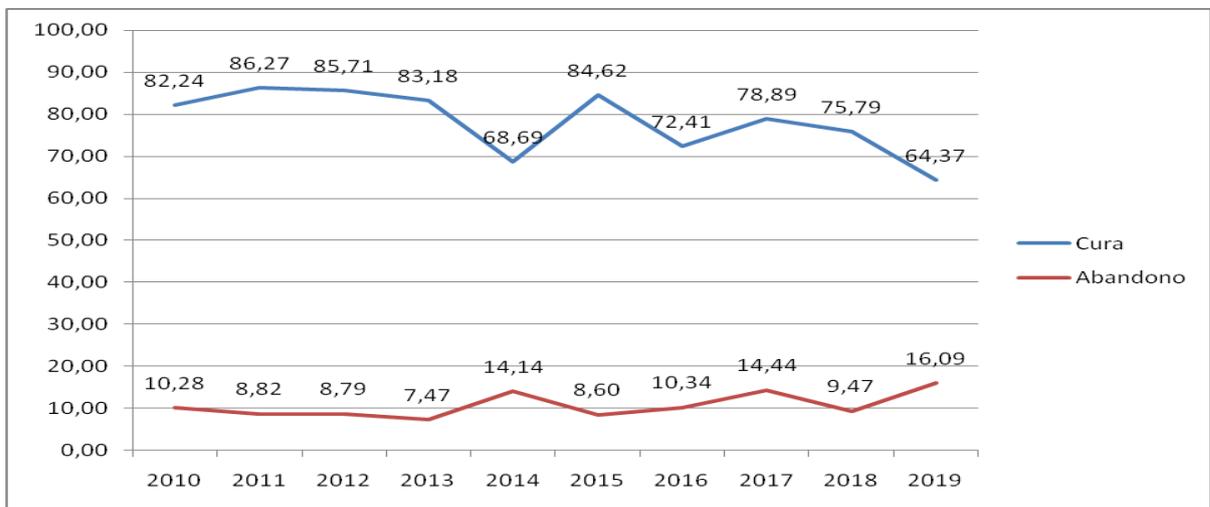


Figura 15. Fonte: SINAN, e-SUS/VS; Rede Bem Estar, 2021. Dados sujeitos à revisão.

Em relação à mortalidade por tuberculose, houve picos de aumento do índice, o que demonstra fragilidade de acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. O percentual de cura da doença também vem caindo nos últimos três anos, reflexo do aumento dos casos de abandono de tratamento, especialmente em populações mais vulneráveis, como pessoas em situação de rua, usuários de álcool e drogas e pacientes que apresentam coinfeção TB/HIV (Figura 15).

A tuberculose é a principal causa de óbito por doenças infecciosas em pessoas vivendo com HIV. No município de Vitória/ES, o percentual de coinfeção TB/HIV apresenta variabilidade em alguns anos, mas seguindo tendência da média nacional. Esse indicador está diretamente ligado ao acesso do paciente vivendo com HIV às ações relacionadas à infecção latente da tuberculose.

O indicador de avaliação de contatos de casos novos de TB pulmonar reflete a qualidade das ações para a interrupção da cadeia de transmissão da doença. Em Vitória, o percentual de contatos avaliados apresenta-se dentro das metas pactuadas, a exceção dos anos de 2015, 2016 e 2020, este último devido à suspensão ou diminuição dos exames de contato, dependendo dos níveis de transmissão do coronavírus no Município no período.

Hanseníase

Quanto à hanseníase, o Município também possui um Programa de Referência Municipal que é responsável pelo atendimento dos casos que utilizam o esquema terapêutico, conforme classificação da doença e esquema substitutivos de tratamento. A atenção terciária é realizada no HUCAM para os casos de recidiva, e no Hospital Santa Casa de Misericórdia para os casos cirúrgicos.

O município de Vitória/ES, assim como o Brasil tem apresentado uma queda no coeficiente de detecção (Tabela 19). De 2010 a 2020, o Município apresentou uma taxa média de detecção de 12,4 casos novos para cada 100.000 habitantes, considerado alto para a endemia. Em 2020 com o surgimento da pandemia os serviços de atendimento ao paciente de hanseníase tiveram impacto importante no acesso do paciente como também na qualidade da assistência, o que levou a uma queda brusca na detecção de casos (2020: 4,2/100.000 hab.).

Além disso, observa-se que a proporção de casos de hanseníase com grau II de incapacidade no diagnóstico, grau mais avançado, estava em queda, porém voltou a aumentar no ano de 2019 (Tabela 18). Este cenário epidemiológico mostra que o

município de Vitória está com diagnóstico baixo e tardio com casos identificados já com incapacidades físicas.

Tabela 19. Taxa de detecção de novos casos de hanseníase e proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física, por ano, para residentes em Vitória/ES, 2010 a 2020.

INDICADOR	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
TX de detecção de casos novos	18,9	15,1	21	12,3	12,8	10,7	8,9	12,1	10,3	9,7	4,2
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física	3,23	8,16	2,9	4,55	6,67	8,11	6,9	5,26	0	8,3	6,6

Fonte: Fonte: SINAN, e-SUS/VS, 2021. Dados sujeitos a revisão.

4.16 Imunização e Eventos Adversos Pós-Vacinais

A cobertura vacinal representa um importante instrumento para a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão, uma vez que somente com coberturas adequadas é possível alcançar o controle e manter a condição de eliminação ou erradicação das doenças imunopreveníveis sob vigilância. O município de Vitória/ES conta com um histórico favorável no que diz respeito a alcance de coberturas vacinais pactuadas, como a vacina de poliomielite, a tríplice viral, a pentavalente e a pneumocócica 10-valente (Figura 16).

Série histórica de cobertura vacinal, para residentes em Vitória/ES, 2010-2020.

Imuno	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	199,2	138,9	1130,5	148	123,16	1.199,18	195,25	142,25	119,39	124,46	127,75
Hepatite B Criança 30 dias	-	-	-	-	93,85	172,52	160,00	126,64	119,41	104,40	108,41
Rotavírus Humano	92,08	108,99	96,88	97,26	103,80	103,75	106,83	93,96	98,70	93,37	89,81
Meningococo C	42,63	117,18	96,97	96,65	104,64	94,02	102,25	79,44	89,49	92,76	94,86
Penta	-	-	46,49	101,13	109,08	93,11	105,58	95,30	95,40	74,63	97,66
Pneumocócica	56,13	119,17	106,86	96,82	102,02	94,72	103,77	94,88	99,93	97,61	96,86
Poliomielite	97,44	116,48	112,72	105,58	105,31	90,71	101,29	95,03	96,59	91,02	93,17
Febre Amarela	1,10	0,40	0,85	0,52	0,24	0,39	0,40	51,70	80,84	76,17	70,21
Hepatite A	-	-	-	-	98,58	89,85	89,68	81,02	98,95	103,04	97,88
Pneumocócica(1º ref)	-	-	-	108,02	98,36	87,90	98,31	76,42	94,16	90,44	79,79
Meningococo C (1º ref)	-	-	-	94,82	92,83	51,54	108,53	70,66	78,94	89,48	76,56
Poliomielite (1º ref)	-	-	-	97,21	82,88	67,67	89,89	63,68	82,17	72,51	68,89
Tríplice Viral D1	101,26	114,08	116,35	116,99	114,88	92,81	107,24	88,57	99,59	95,62	78,51
Tríplice Viral D2	-	-	-	61,10	107,64	68,34	97,00	83,75	94,85	94,54	75,30
Tríplice Bacteriana(1º ref)	101,41	114,29	110,72	103,99	115,75	83,40	62,48	69,34	83,82	48,79	88,03
dTpa gestante	-	-	-	12,59	36,60	44,03	52,49	76,86	83,02	81,54	58,21

< 1 ANO ● 1 ANO ●

Figura 16. Fonte: SLPNI/CGPN/DEIDT/SVS/MS - Gerado em 09/06/2021. Dados sujeitos a revisão.

Porém, no ano de 2020, o Programa Municipal de Imunizações enfrentou diversos desafios, no qual em meio à pandemia da Covid-19 e surto ativo de sarampo na Região Sudeste, apesar das estratégias de vacinação realizadas, o Município não conseguiu atingir a homogeneidade das vacinas pactuadas no ano de 2020, tendo como justificativas a antecipação da Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza devido à situação epidemiológica do país, períodos de fechamento das salas de vacina por diversos fatores, a substituição do registro de vacinados no SIPNI para o E-SUS CDS/Rede Bem Estar (RBE), ocasionando um atraso/perda no envio dos dados, e o ataque hacker, ficando todo o sistema, incluindo a RBE sem funcionamento, ocasionando perda de registro de vacinados.

5. Aspectos sobre planejamento e pactuação orçamentária e financeira do SUS

O orçamento é o mais importante instrumento de controle da administração pública. Os processos de elaboração, aprovação e execução orçamentária são compostos por três elementos básicos: a lei do plano plurianual (PPA), a lei de diretrizes orçamentárias (LDO) e a lei orçamentária anual (LOA).

O Plano Plurianual (PPA) deve ser elaborado no primeiro ano de mandato de um prefeito, entrando em vigor no segundo ano e terminando no primeiro ano do mandato seguinte, quando deverá ser elaborado outro PPA. Cada Plano Plurianual compreende quatro anos de gestão e deve ser um projeto de desenvolvimento.

O PPA abrange as ações que receberão prioridade no exercício vigente, assumindo a forma de grande moldura para as suas execuções e deve estar prevista em lei complementar com intuito de disciplinar o exercício financeiro, a vigência, os prazos, bem como estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial.

Recentemente, um dos aspectos mais relevantes na reorientação do financiamento da saúde no Brasil passa pela instituição do programa Previne Brasil. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para

os Municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta teve como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária em Saúde e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

Como desafio para que Vitória/ES não diminua as receitas da saúde municipal, será necessário estimular o aumento da cobertura (cadastro) da APS, principalmente entre as populações vulneráveis; ressaltar os resultados em saúde da população (desempenho da APS); incentivar avanços na capacidade instalada, organização dos serviços de APS e ações de promoção e prevenção; bem como enfrentar a dificuldade de fixação de profissionais.

A gestão de despesas e receitas torna-se cada vez mais importante, quando se vislumbra possível redução de recursos vinculados ao financiamento da APS. Além disso, otimizando e reduzindo despesas, a probabilidade de ampliação de serviços e ofertas é maior. A gestão desses recursos facilita a aplicação de novas políticas, ampliação de serviços estratégicos para a assistência à população, e aplicação inequívoca do recurso em áreas essenciais.

A análise de receitas pendentes e a receber, além de apontar onde o recurso deve ser utilizado, também possibilita a identificação de ações necessárias para a captação de novos recursos. A análise das despesas auxilia na identificação do

ponto focal a ser trabalhado, e aponta a tendência de despesas desnecessárias, e quais as ações para a redução dos gastos, e melhor utilização dos recursos públicos.

6. Desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde

A Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (TIC) é um meio facilitador que permite a comunicação entre todas as áreas. Os dados, quando bem estruturados e transformados em informações confiáveis, constituem instrumentos essenciais para aumentar o controle e melhorar a qualidade da atenção à saúde em seus diversos aspectos, devido aos ganhos de: eficiência no planejamento, tomada de decisão e, portanto, na gestão; na assistência, na comunicação interna e externa, na usabilidade das demais tecnologias em saúde, entre outros.

Afinal, a informação é uma ferramenta essencial para uma organização, pois, por meio dela, pode-se ter o domínio dos diversos parâmetros que regem a sua dinâmica. Nas organizações de saúde não é diferente, visto que a informação qualificada é reconhecida como o recurso mais importante para a tomada de decisões. Nesse contexto, as ferramentas digitais que já fazem parte de vários aspectos da sociedade, conectando pessoas e otimizando processos, vêm ganhando cada vez mais aplicabilidade na área da saúde, trazendo melhorias para profissionais, usuários e, também para a gestão das instituições.

A partir de 2020, com a pandemia, isso ficou ainda mais evidente com as profundas mudanças nas rotinas de milhões de pessoas. Até mesmo para promover cuidados básicos, a conectividade e o uso de dispositivos médicos tiveram um papel fundamental.

Por exemplo, se até 2020 a Telemedicina ainda era considerada uma novidade no setor de saúde, com poucos adeptos, a pandemia do novo coronavírus fez com que essa área da medicina aumentasse significativamente.

Todavia, ainda são muitos os desafios a serem superados para que os sistemas de saúde consigam explorar e usufruir ao máximo de todo o potencial que as TICs – e seu constante desenvolvimento. Desafios relacionados principalmente ao campo da infraestrutura e do desenvolvimento de “habilidades e competências digitais” pelos profissionais de saúde. Razão pela qual torna-se fundamental que os Planos de Saúde, nas diferentes esferas, contemplem boas concepções e boas estratégias nessa área.

Essa infraestrutura de TIC pode ser entendida como a composição de competências humanas e de tecnologias e metodologias baseadas em recursos computacionais. Uma composição capaz de contribuir para o exercício das diferentes atividades práticas, com ganhos de eficiência em cada área de aplicação.

Especificamente na concepção incorporada ao Plano Municipal de Saúde de Vitória/ES, adota-se o conceito de uma infraestrutura de TIC voltada para o domínio da saúde a ser trabalhada em três grandes grupos ou "capacidades" de:

Processar - transformar dados, imagens e voz, atuar em mecanismos que operam mudanças de estados, sensores e atuadores;
Armazenar - persistir, manter e recuperar dados, imagens e voz;
Comunicar - transportar de um ponto a outro o *processado* e o *armazenado*.

Tudo isso a serviço da criação de novas técnicas, tecnologias e habilidades que, no domínio da saúde, tem grande potencial de contribuir significativamente com as diversas práticas e processos de trabalho do cotidiano. Dentre as inúmeras inovações baseadas em recursos computacionais, é possível apontar alguns elementos da TIC como diferenciadores e apoiadores da eficiência na concretização das operações em saúde:

a) Uso de aparelhos portáteis (*tablets e smartphones*) vinculados às capacidades de processamento, armazenamento e de comunicação, no atendimento ao requisito *mobilidade*. Pode-se citar como exemplo a elaboração de uma prescrição médico-assistencial e para o próprio processo de dispensação dos medicamentos ou das terapias específicas;

- b) Monitores de tela de toque para utilização em prontos-socorros, onde a agilidade e os aspectos ligados à contaminação na operação sejam entendidos como muito importantes;
- c) Identificação biométrica, a qual reforça a segurança, evitando que uma senha de acesso seja utilizada por outros que não o próprio detentor;
- d) Transmissão de conhecimento por meio de videoconferência, possibilitando que profissionais ou futuros profissionais usufruam de um momento experimentado;
- e) Videomonitoramento; a captura de imagens em tempo real e o monitoramento constante de áreas críticas subsidiam ações mais efetivas;
- f) Certificações digitais, as quais permitem diminuir a utilização de documentos impressos em papel, ou *hard copy*, contribuindo para a preservação do meio ambiente e para a formação de uma TIC-Verde;
- g) Monitoramento, em tempo real, da evolução do quadro clínico. Como exemplo, em sessões de fisioterapia, sensores sem fio podem obter dados sobre as grandezas fisiológicas mensuráveis (batimento cardíaco, pressão, ângulos articulares) de um paciente. Esses dados podem ser transmitidos para uma rede de computadores e armazenados. Dados gerados automaticamente podem ser complementados com outros, obtidos manualmente, com o objetivo de compor a avaliação sobre o estado do paciente.

A TIC guarda uma estreita e importante correlação com a área da saúde pela ampla gama de possibilidades de aplicação e uso em prol da melhoria das condições de trabalho dos profissionais e, via de consequência, dos cuidados prestados aos usuários.

Por esse motivo, as tendências tecnológicas deverão alcançar um protagonismo ainda mais visível nas organizações de saúde.

Nesse sentido, para os próximos anos, tem-se o objetivo de fomentar, ampliar e qualificar as tecnologias em saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, em especial em relação à sua infraestrutura, à disponibilização de novas (e inovadoras) ferramentas de gestão e ao desenvolvimento de “habilidades e competências

digitais” pelos profissionais de saúde para intensificar e qualificar a usabilidade desses recursos disponibilizados.

7. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde, que inclui a vigilância e o controle das doenças transmissíveis e a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária, e é entendida como uma forma de pensar e agir e tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes.

Constitui-se como espaço de articulação de conhecimentos e técnicas oriundas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais. Ao ser concebida como uma lógica de organização dos serviços, a Vigilância em Saúde pode ser um referencial para mudanças do modelo de atenção e, portanto, deve estar inserida na prática das equipes de saúde da Atenção Primária em Saúde.

No sentido de efetivar a integração das vigilâncias faz-se necessário a institucionalização do espaço de discussão e deliberação de questões coletivas inerentes à gestão (Colegiado Gestor de Vigilância em Saúde). A descentralização das ações das vigilâncias, de forma articulada com as ações da atenção à saúde, pode contribuir, de modo significativo, 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.

Uma estrutura importante que vem propiciando a integração de conhecimento, análise e tomada de decisão das ações de vigilância, encontra-se no Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), aprimorando a capacidade técnica das equipes de vigilância, quanto ao enfrentamento dos eventos inusitados e de Emergências em Saúde Pública, como a recente pandemia da Covid-19.

8. Educação Permanente em Saúde

A SEMUS desenvolve um modelo de integração ensino-serviço-comunidade na rede de saúde do Município, estabelecendo Termos de Compromisso e Acordos de Cooperação com instituições de ensino: públicas, filantrópicas e privadas. A ETSUS-Vitória é o setor da SEMUS responsável pela gestão destes termos, por meio do conjunto de normas e diretrizes da política de Integração Ensino-Serviço do Município, faz interlocução com as instituições de nível superior e técnico em saúde no que diz respeito às práticas de estágio curricular, visitas técnicas, internatos, residências médicas e multiprofissionais, dentre outros.

A ETSUS possui como missão o desenvolvimento de ações de formação profissional, pesquisa e integração ensino-serviço-comunidade no SUS, a fim de transformar e qualificar as práticas de atenção, educação e gestão em saúde, orientadas pelas Políticas Públicas para melhoria da qualidade de vida da população.

A Escola desenvolve cursos na área da saúde, formais (formação técnica e especializações) e não formais (aperfeiçoamento, capacitação, treinamento e outros), bem como eventos (fóruns, palestras, conferências, seminários e reuniões técnicas) e outras iniciativas de Educação na Saúde.

A Escola em parceria com Instituições e Hospitais de Ensino acolhe demandas de cenários de prática de Programas de Residência Médica que contempla: Residência em Medicina de Família e Comunidade; Residência em Clínica Médica; Residência em Pediatria e Residência Multiprofissional.

A ETSUS-Vitória coordena desde 2016 dois projetos vinculados ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-GraduaSUS. O primeiro SEMUS/UFES envolve seis cursos da área da saúde (medicina, nutrição, odontologia, fonoaudiologia, farmácia e terapia ocupacional), o segundo SEMUS/EMESCAM contempla 3 cursos (medicina, enfermagem e fisioterapia).

O objetivo dessa iniciativa é contribuir para a formação dos futuros profissionais e criar o compromisso com a produção de conhecimentos de relevância social no campo da saúde pública.

9. Controle Social e participação da comunidade

O controle social é um dos fundamentos do SUS, estabelecido na Constituição de 1988. É uma forma de aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde no país. Embora não seja a única forma de garantir a participação da comunidade na saúde, o Conselho de Saúde desempenha um papel importantíssimo no controle social na área da saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) foi criado por meio do Artigo 184 da Lei Orgânica do Município e regulamentado pela Lei Municipal nº. 6.606, de 05/06/2006 e suas alterações pelas Leis nº. 7.867, de 21/12/2009, e nº. 7.991, de 13/09/2010. Suas prerrogativas regimentais foram estabelecidas na Resolução do CMSV nº. 756/2012, na qual foi instituída a responsabilidade de atuar na avaliação, formulação, proposição e execução nas ações na área da saúde do controle social no Município.

O CMSV é constituído por 32 membros, sendo 16 Titulares e 16 suplentes. Dezesesseis deles representam os usuários do sistema de saúde. Oito representam os trabalhadores de saúde. Os demais membros representam o governo e os prestadores de serviços do SUS. Vitória possui atualmente 29 conselhos locais de saúde, atuando nos territórios de abrangência das unidades de saúde, regulamentados pela Lei Municipal 6.606/06, composto pelas entidades representativas dos usuários, dos trabalhadores da saúde e da gestão.

Lei Orgânica do Município de Vitória, de 05/04/1990: Art. 184

Art. 184 - Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, instância do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município, que terá sua composição, organização e competência regulamentadas em lei, garantindo-se a participação paritária, com caráter deliberativo, de entidades representativas dos usuários e dos profissionais de saúde, e de representantes do Poder Público Municipal na área de saúde e de prestadores de serviço ao Sistema, na formulação, controle e avaliação das políticas e ações de saúde do Município, a partir de diretrizes gerais emanadas da Conferência Municipal de Saúde, e no planejamento e fiscalização dos recursos provenientes do Fundo Municipal de Saúde.

10. Diretrizes, objetivos, indicadores e metas

DIRETRIZ Nº 1 - 1 AMPLIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE FORMA INTEGRADA E PLANEJADA

OBJETIVO Nº 1.1 - Fortalecer a Atenção Primária à Saúde visando a qualificar o acesso

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1.1	Manter a cobertura populacional estimada de Atenção Primária, no mínimo, em 90%	Percentual de cobertura populacional estimada de Atenção Primária	93,83	2021	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90
1.1.2	Garantir a cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária, no mínimo, 70%	Percentual de cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária, no mínimo, 70%	74,21	2021	Percentual	70	Percentual	70	70	70	70
1.1.3	Alcançar 70% de cadastro de usuários sem inconsistências nas 29 UBS	Percentual de cadastros de usuários sem inconsistências avaliados pelo sistema de informação da Atenção Básica (SISAB)	63,13	2021	Percentual	70	Percentual	70	70	70	70
1.1.4	Manter no mínimo 02 equipes de Consultório na Rua habilitadas junto ao Ministério da Saúde	Número de equipes de Consultório na Rua habilitadas	2	2021	Número	2	Número	2	2	2	2
1.1.5	Reestruturar as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nas 6 regiões de saúde	Número de regiões de saúde com PICs reestruturadas	0	2021	Número	6	Número	1	1	2	2
1.1.6	Ampliar em 20% a oferta de práticas corporais/atividades físicas pelos profissionais do Serviço Orientação ao Exercício (SOE)/Programa da Academia da Saúde, em relação à linha de base	Percentual de ampliação da oferta de práticas corporais/atividades físicas pelos profissionais do Serviço Orientação ao Exercício (SOE)/Programa da Academia da Saúde	9.644	2019	Número	20	Percentual	5	10	15	20
1.1.7	Realizar no mínimo 3 ações temáticas obrigatórias, do PSE em todas as escolas pactuadas	Número de ações temáticas do PSE realizadas anualmente nas 101 unidades de ensino público municipal	255	2019	Número	303	Número	303	303	303	303
1.1.8	Ampliar em 40% o número de pessoas atendidas no programa de controle do tabagismo nas 29 Unidades Básica de Saúde (UBS) em relação a 2018	Percentual de pessoas tabagistas com primeira avaliação clínica para tratamento	516	2018	Número	40	Percentual	10	20	30	40

1.1.9	Atingir a cobertura $\geq 83\%$ de acompanhamento das condicionalidades do Programa de Governo Auxílio Brasil, relacionadas à área da saúde	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Auxílio Brasil	48	2021	Percentual	83	Percentual	83	83	83	83
1.1.10	Implantar no mínimo 6 ações, de vacinação ampliada/alternativa anualmente	Número de ações de vacinação ampliada/alternativa realizadas por ano	0	2020	Número	6	Número	6	6	6	6
1.1.11	Realizar Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa em 20% da população acima de 75 anos cadastrada no SISAB	Percentual da população idosa com Avaliação Multidimensional realizada	0	2021	Percentual	20	Percentual	5	10	15	20
1.1.12	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis alcançando anualmente 20% da população acima de 14 anos para HIV	Percentual de população de 14 anos e mais testada para HIV no ano vigente	19,58	2019	Percentual	20	Percentual	20	20	20	20
1.1.13	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis alcançando anualmente 20% da população acima de 14 anos para Sífilis	Percentual da população de 14 anos e mais testada para Sífilis no ano vigente	21,11	2019	Percentual	20	Percentual	20	20	20	20
1.1.14	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis alcançando anualmente 15% da população acima de 14 anos para Hepatite B	Percentual da população de 14 anos e mais testada para Hepatite B no ano vigente	17,14	2019	Percentual	15	Percentual	15	15	15	15
1.1.15	Realizar testagem para detecção das infecções sexualmente transmissíveis alcançando anualmente 15% da população acima de 14 anos para Hepatite C	Percentual da população de 14 anos e mais testada para Hepatite C no ano vigente	12,87	2019	Percentual	15	Percentual	15	15	15	15

OBJETIVO Nº 1.2 - Realizar obras e projetos estratégicos, bem como adequações físicas nos serviços de saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.2.1	Realizar adequação física, no mínimo, em 10 serviços de saúde	Número de serviços de saúde com adequação física realizada	1	2020	Número	10	Número	3	2	2	3
1.2.2	Reestruturar 02 Módulos do SOE/Polo academia da saúde	Número de módulos do SOE/ Polo academia da saúde reestruturados	0	2020	Número	2	Número	0	1	1	0
1.2.3	Executar 03 obras de projetos estratégicos	Número de obras executadas	0	2020	Número	3	Número	1	1	1	0

OBJETIVO Nº 1.3 - Ampliar o acesso a consultas e exames especializados e outros procedimentos

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.3.1	Alcançar o percentual de >50% dos usuários em espera por consultas especializadas, sob governabilidade municipal, em prazo ≤ a 100 dias	Percentual médio de solicitações de consultas especializadas sob gestão municipal agendadas com tempo de espera inferior a 100 dias a partir da data de requisição	38,9	2020	Percentual	50	Percentual	50	50	50	50
1.3.2	Habilitar 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do tipo II para o tipo III	CEO tipo III implantado	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
1.3.3	Reativar 01 serviço de vasectomia	Serviço de vasectomia reativado	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
1.3.4	Ampliar em 20% o percentual de inserção ambulatorial do método de anticoncepção Dispositivo Intrauterino (DIU)	Percentual de ampliação de DIU realizados por ano em relação à linha de base	158	2019	Número	20	Percentual	5	10	15	20

OBJETIVO Nº 1.4 - Estruturar ações intersetoriais para garantir a atenção integral às pessoas em situação de violência e vulnerabilidade

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.4.1	Implantar 4 protocolos de atenção integral as pessoas em situação de violência e vulnerabilidade	Número de protocolos de atenção integral implantados	0	2020	Número	4	Número	1	1	1	1

OBJETIVO Nº 1.5 - Inovar em soluções digitais na saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.5.1	Implantar diretriz para o Teleatendimento em Saúde	Diretriz de Teleatendimento implantada	0	2021	Número	1	Número	1	0	0	0
1.5.2	Implementar a assistência remota aos usuários em todos os serviços assistenciais de saúde da rede SEMUS (UBS, CAPS, CRAI, IST, CME e Casa Rosa)	Número de serviços assistenciais com assistência remota implementado	6	2020	Número	31	Número	7	8	8	8
1.5.3	Ofertar agendamento online para 3 novos tipos de serviço	Número de serviços ofertados por agendamento <i>on line</i>	0	2019	Número	3	Número	1	1	1	0

DIRETRIZ Nº 2 - 2 MELHORIA DA QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO Nº 2.1 - Reorganizar e reestruturar a rede municipal de saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.1.1	Atualizar protocolo de classificação de risco nos Prontos Atendimentos (Protocolo de Manchester)	Protocolo de classificação de risco atualizado	0	2020	Número	2	Número	1	1	0	0
2.1.2	Instituir 6 grupos condutores das redes temáticas (Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede Materno Infantil, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas). Siglas: RAPS, RUE, RMI, RCPD, RENAST e RPDC	Número de grupos condutores das redes temáticas instituídos	0	2020	Número	6	Número	2	2	2	0
2.1.3	Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura de pessoas entre 30 e 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	275,8	2019	Taxa	254,8	Taxa	270,3	264,9	260	254,8

OBJETIVO Nº 2.2 - Fortalecer a rede materno infantil garantindo uma assistência humanizada e de qualidade

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.2.1	Realizar visita domiciliar pelo enfermeiro em até 07 dias e consulta pelo médico em até 10 dias, a 70% dos nascidos vivos residentes de Vitória	Percentual de recém-nascidos residentes visitados nos primeiros 10 dias de nascimento	77,2	2020	Percentual	70	Percentual	70	70	70	70
2.2.2	Manter a taxa de mortalidade infantil abaixo de 8,8 óbitos/1000 nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil	9,04	2018	Taxa	8,8	Taxa	8,8	8,8	8,8	8,8

2.2.3	Realizar 06 ou mais consultas de pré-natal em 70% das gestantes cadastradas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação, a cada ano	Proporção de gestantes com pelo menos 06 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	16	2021	Proporção	70	Proporção	30	45	60	70
2.2.4	Ampliar para 10%, no mínimo, o número de consultas de pré-natal do parceiro até 2025	Razão de consultas de pré-natal do parceiro em relação às gestantes atendidas na UBS nos últimos 12 meses	3,9	2020	Razão	10	Razão	4	6	8	10
2.2.5	Realizar consulta, por médico ou enfermeiro, a 70% das puérperas cadastradas em até 40 dias após o parto	Percentual de puérperas com visita realizada em tempo oportuno	60	2020	Percentual	70	Percentual	70	70	70	70
2.2.6	Alcançar 100% de Unidades de Saúde realizando ações estratégicas de aleitamento materno e alimentação saudável para a primeira infância	Número de UBS realizando ações estratégicas de aleitamento e alimentação saudável para a primeira infância	0	2021	Número	29	Número	6	7	8	8
2.2.7	Monitorar 100% das gestantes notificadas com doenças de transmissão vertical	Percentual de gestantes monitoradas notificadas com doenças de transmissão vertical	202	2019	Número	100	Percentual	100	100	100	100
2.2.8	Manter o percentual de gravidez na adolescência ≤ 9,5%, na faixa etária de 10 a 19 anos	Percentual de gravidez em adolescentes de 10 a 19 anos de idade	9,84	2019	Percentual	9,5	Percentual	9,5	9,5	9,5	9,5
2.2.9	Realizar exame de rastreamento do câncer de mama, no mínimo, de 35% da população alvo feminina de 50 a 69 anos anualmente	Percentual de exames de rastreamento do câncer de mama realizados na população feminina de 50 a 69 anos	26,57	2020	Percentual	35	Percentual	35	35	35	35
2.2.10	Realizar exame de rastreamento do câncer de colo de útero, no mínimo, de 40% da população alvo feminina de 25 a 64 anos anualmente	Percentual de exames de rastreamento do câncer de colo de útero realizados na população alvo feminina de 25 a 64 anos	25,42	2020	Percentual	40	Percentual	40	40	40	40

OBJETIVO Nº 2.3 - Fortalecer a rede de atenção psicossocial para qualificar a atenção às pessoas em sofrimento psíquico, transtorno mental grave e uso abusivo de álcool e outras drogas

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.3.1	Realizar, por quadrimestre, 120 ações de matriciamento pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas Unidades de Saúde	Número de ações de matriciamento realizadas pelos CAPS por ano	251	2020	Número	360	Número	360	360	360	360

2.3.2	Garantir atendimento psicológico nas 29 UBS e 04 CAPS	Número de UBS e CAPS com atendimento de psicologia	27	2020	Número	33	Número	33	33	33	33
2.3.3	Implantar as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas redes de serviços de saúde de Vitória(UBS e CAPS)	Número de UBS e CAPS com as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial implantada	0	2020	Número	33	Número	8	8	8	9

OBJETIVO Nº 2.4 - Qualificar a Vigilância em Saúde, com ênfase em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.4.1	Publicar o código de vigilância em saúde	Código de vigilância em saúde publicado	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
2.4.2	Aumentar em 5%, em relação ao ano anterior, a notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho	Número de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho	383	2020	Número	465	Número	402	422	443	465
2.4.3	Investigar 100% das notificações dos acidentes de trabalho (AT) típico, fatais e com amputações, exceto os ocorridos no trânsito	Percentual de acidentes de trabalho (AT) típico, fatais e com amputações investigadas no município de Vitória, exceto os ocorridos no trânsito	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.4.4	Ampliar a taxa de detecção de casos novos de hanseníase em 1,5% em relação ao ano de 2020	Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes	4,2	2020	Taxa	4,26	Taxa	4,21	4,23	4,24	4,26
2.4.5	Reduzir para menos de 5% o percentual de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos no ano de avaliação	Proporção de casos novos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico	5	2020	Proporção	5	Proporção	5	5	5	5
2.4.6	Alcançar o percentual de 82% no número de contatos examinados de casos novos de hanseníase	Percentual de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados	65,4	2020	Percentual	82	Percentual	82	82	82	82
2.4.7	Ampliar para 70% o percentual de contatos examinados entre os casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Percentual de contatos examinados entre os casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	50	2020	Percentual	70	Percentual	70	70	70	70

2.4.8	Ampliar para 40% o número de exames de escarro realizados em relação aos sintomáticos respiratórios estimados	Percentual de exames de escarro realizados em relação aos sintomáticos respiratórios estimados	21	2020	Percentual	40	Percentual	25	30	35	40
2.4.9	Reduzir o número de casos de sífilis congênita em 10% ao ano	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano	26	2019	Número	17	Número	23	21	19	17
2.4.10	Realizar vistorias quinzenais em 90% dos Pontos Estratégicos (PE) cadastrados para controle do Aedes aegypti	Percentual de PE vistoriados quinzenalmente para controle do Aedes aegypti	80,82	2019	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90
2.4.11	Realizar bloqueio de transmissão em 80% dos casos de esporotricose felina	Percentual de casos de esporotricose felina trabalhados em ações de bloqueio de transmissão	0	2020	Percentual	80	Percentual	60	70	80	80
2.4.12	Encerrar oportunamente pelo menos 80% das fichas de notificação de animais agressores (cães e gatos) passíveis de observação	Percentual de fichas de notificação de animais agressores (cães e gatos) passíveis de observação encerrados oportunamente	66,76	2019	Percentual	80	Percentual	80	80	80	80
2.4.13	Manter 100% das coletas dos pontos estratégicos para realizar a vigilância da qualidade da água de consumo humano	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.4.14	Alcançar 75% de homogeneidade de cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano de idade (pneumocócica, pentavalente-10v, poliomielite e tríplice viral)	Percentual de homogeneidade de cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano de idade alcançadas	0	2020	Percentual	75	Percentual	75	75	75	75

OBJETIVO Nº 2.5 - Viabilizar suporte diagnóstico e terapêutico seguro, eficiente e em tempo hábil

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.5.1	Garantir a oferta de exames laboratoriais de acordo com a Relação Municipal de Exames Laboratoriais (REMEL) anualmente em > 95%	Percentual dos exames laboratoriais ofertados conforme REMEL	77,78	2020	Percentual	95	Percentual	95	95	95	95

2.5.2	Garantir testagem diagnóstica oportuna para Covid-19 em 100% de casos sintomáticos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de residentes de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Percentual de testagem diagnóstica oportuna para Covid-19 em casos sintomáticos de SG e SRAG	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.5.3	Implantar o Cuidado Farmacêutico no mínimo em 50% dos serviços assistenciais da rede	Percentual de serviços assistenciais da rede com "Cuidado Farmacêutico" implantado	0	2021	Percentual	50	Percentual	10	20	35	50
2.5.4	Manter o índice de abastecimento de medicamentos de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) ≥ 93%	Percentual de abastecimento de medicamentos de acordo com a REMUME	97,64	2020	Percentual	93	Percentual	93	93	93	93

OBJETIVO Nº 2.6 - Fortalecer a educação permanente, o ensino e a pesquisa em saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
2.6.1	Instituir e executar o Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS)	Percentual de ações educativas do PEPS programadas e executadas ao ano	0	2021	Percentual	75	Percentual	70	70	75	75
2.6.2	Instituir a política de pesquisa inovadora em saúde na rede SEMUS	Percentual das ações executadas para instituir a política inovadora de pesquisa	0	2019	Percentual	100	Percentual	25	25	25	25
2.6.3	Realizar cursos Técnicos e de Especialização Técnica de nível médio	Número de Cursos realizados	0	2020	Número	3	Número	1	1	1	0
2.6.4	Implantar o modelo de gestão da Rede Docente-Assistencial (RDA) em 100% das Unidades de Saúde	Percentual de Unidades de Saúde com RDA implantada	0	2020	Percentual	100	Percentual	30	30	20	20

DIRETRIZ Nº 3 - 3 APERFEIÇOAMENTO E MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE

OBJETIVO Nº 3.1 - Modernizar e inovar o parque tecnológico

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.1.1	Instituir a Sala de Situação na rede SEMUS	Sala de Situação na rede SEMUS instituída	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
3.1.2	Instituir a oferta do SOE por acesso digital	Número de funcionalidades instituídas de acesso digital ao SOE	0	2020	Número	3	Número	1	1	1	0
3.1.3	Instituir Câmara Técnica de Inovação e Tecnologia em Saúde	Câmara técnica de inovação e tecnologia instituída	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
3.1.4	Adequar a infraestrutura tecnológica da Escola Técnica do SUS (ETSUS)	Adequação tecnológica implantada na ETSUS	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0

OBJETIVO Nº 3.2 - Realizar avaliação e melhoria contínua dos serviços de saúde por meio do monitoramento sistemático

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.2.1	Ampliar a pesquisa de "Avaliação dos usuários dos Serviços de Saúde" para a rede contratualizada	Pesquisa de satisfação ampliada para a rede contratualizada	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
3.2.2	Instituir Plano de Comunicação da Saúde	Plano de Comunicação da Saúde instituído	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
3.2.3	Constituir comitê gestor para Sala de Situação em Saúde da rede SEMUS	Comitê Gestor para Sala de Situação em Saúde constituído	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0
3.2.4	Instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente na rede SEMUS	Programa de Segurança do paciente instituído	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0

OBJETIVO Nº 3.3 - Aperfeiçoar o modelo de gestão

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.3.1	Revisão do organograma da SEMUS	Organograma publicado	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
3.3.2	Implementar o monitoramento quadrimestral do Planejamento Estratégico Situacional (PES): Momento Estratégico e Momento Tático-Operacional anualmente	Atividade de monitoramento realizada no quadrimestre	0	2020	Número	3	Número	3	3	3	3
3.3.3	Instituir Grupo de Trabalho de Economia da Saúde voltado para ampliar a eficiência financeira pelo lado das receitas (identificação de oportunidades de captação de recursos extras) e pelo lado das despesas (gestão de custos)	Grupo de Trabalho instituído	0	2020	Número	1	Número	1	0	0	0

OBJETIVO Nº 3.4 - Qualificar a gestão de bens patrimoniais

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.4.1	Instituir Plano de Gestão de Bens Patrimoniais	Plano de Gestão de Bens e Patrimônio instituído	0	2020	Número	1	Número	0	0	0	1

OBJETIVO Nº 3.5 - Aprimorar a gestão de pessoas e a valorização do trabalho

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.5.1	Elaborar parâmetros municipais para o dimensionamento de servidores com base nos critérios ministeriais	Parâmetro municipal elaborado	0	2020	Número	1	Número	0	0	1	0

3.5.2	Compor o quadro de servidores por serviço, no mínimo em 80%, baseado no dimensionamento de acordo com os parâmetros municipais estabelecidos	Percentual de serviços recompostos de acordo com os parâmetros municipais	0	2020	Percentual	80	Percentual	80	80	80	80
3.5.3	Revisar em conjunto com a Mesa de Negociação e Secretaria de Gestão e Planejamento o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV)	PCCV revisado	0	2020	Número	1	Número	0	0	0	1
3.5.4	Instituir a Política de Gestão do Trabalho em Saúde	Política de Gestão do Trabalho em Saúde instituída	0	2020	Número	1	Número	0	0	0	1

OBJETIVO Nº 3.6 - Fortalecer a participação e controle social

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.6.1	Acompanhar o funcionamento de 100% dos conselhos locais de Saúde pelo conselho Municipal de Saúde	Percentual de conselhos locais de saúde acompanhados	100	2019	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.6.2	Disponibilizar capacitação para 100% dos conselheiros(as) municipais e locais de saúde em cada biênio	Percentual de conselheiros(as) capacitados	50	2019	Percentual	100	Percentual	50	50	50	50
3.6.3	Promover a participação popular e controle social em saúde fortalecendo as práticas de escuta e interlocução com os cidadãos usuários do SUS, assegurando os meios necessários e condições de participação dos conselheiros(as)	Percentual de participação dos conselheiros(as) nos eventos e atividades convidados e convocados	0	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.6.4	Implantar no mínimo 3 canais de comunicação em saúde através de tecnologias de informação e redes sociais	Número de canais de comunicação implantado	0	2020	Número	3	Número	1	1	1	0

OBJETIVO Nº 3.7 - Promover a ouvidoria como ferramenta de informação ao usuário e de aprimoramento do sistema

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.7.1	Responder 100% das demandas recebidas pela ouvidoria em até 60 dias	Percentual de respostas finalizadas dentro do prazo oportuno	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

OBJETIVO Nº 3.8 - Aprimorar a auditoria como uma ferramenta de apoio à gestão

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
3.8.1	Realizar 90% das auditorias ordinárias programadas	Percentual de auditoria ordinária realizadas	50	2019	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90
3.8.2	Realizar 100% das auditorias extraordinárias solicitadas	Percentual de auditoria extraordinária realizadas	100	2019	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.8.3	Monitorar 90% das auditorias realizadas	Percentual de auditoria realizadas	80	2019	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90

**ANEXO I - Territórios de saúde e os bairros correspondentes
às Regiões de Saúde, Vitória/ES, 2021.**

Continental	Bairro República	Aeroporto
		Antônio Honório
		Boa Vista
	Jabour	Jabour
		Jardim Camburi
		Jardim da Penha
	Jardim Camburi	Maria Ortiz
		Mata da Praia
		Morada de Camburi
	Jardim da Penha	Pontal de Camburi
		República
		Segurança do Lar
Maria Ortiz	Sólon Borges	

Região de Saúde	Territórios de Saúde	Bairros
Centro	Avelina/ Santa Tereza	Centro
		Do Cabral
		Do Moscoso
	Fonte Grande	Do Quadro
		Fonte Grande
		Ilha do Príncipe
	Ilha do Príncipe	Parque Moscoso
		Piedade
		Santa Clara
	Vitória	Santa Tereza
		Vila Rubim

Região de Saúde	Territórios de Saúde	Bairros
Santo Antônio	Arivaldo Favalessa	Arivaldo Favalessa
		Bela Vista
		Caratoíra
	Grande Vitória	Estrelinha
		Grande Vitória
		Inhanguetá
	Santo Antonio	Mário Cypreste
		Santo Antônio
		Universitário

Região de Saúde	Territórios de Saúde	Bairros
Maruípe	Andorinhas	Andorinhas
		Bonfim
	Bonfim	Consolação
		Da Penha
	Consolação	De Lourdes
		Gurigica
	Da Penha	Horto
		Itararé
Itararé	Joana D'Arc	
	Maruípe	
Santa Marta	Santa Cecília	
	Santa Marta	
Maruípe	Santos Dumont	
	São Benedito	
São Cristóvão/Tabuazeiro	São Cristóvão	
	Tabuazeiro	

Região de Saúde	Territórios de Saúde	Bairros
São Pedro	Conquista / Nova Palestina	COMDUSA
		Conquista
		Ilha das Caieiras
	Ilha das Caieiras	Nova Palestina
		Redenção
		Resistência
	Santo André	Santo André
		Santos Reis
	Resistência	São José
		São Pedro

Região de Saúde	Territórios de Saúde	Bairros
Forte São João	Forte São João	Barro Vermelho
		Bento Ferreira
		Cruzamento
		Enseada do Suá
	Ilha de Santa Maria	Forte São João
		Fradinhos
		Ilha de Monte Belo
		Ilha de Santa Maria
	Jesus de Nazareth	Ilha do Boi
		Ilha do Frade
		Jesus de Nazareth
		Jucutuquara
	Praia do Suá	Nazareth
		Praia do Canto
		Praia do Suá
	Santa Luiza	Romão
Santa Helena		
Santa Lúcia		
Santa Luiza		

SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (ARTS. 196 - 200)

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

TÍTULO VIII DA ORDEM SOCIAL CAPÍTULO I DISPOSIÇÃO GERAL

 [Art. 193](#). A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

Parágrafo único. O Estado exercerá a função de planejamento das políticas sociais, assegurada, na forma da lei, a participação da sociedade nos processos de formulação, de monitoramento, de controle e de avaliação dessas políticas. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 108, de 2020\)](#)

CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

SEÇÃO II DA SAÚDE

 [Art. 196](#). A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

 [Art. 197](#). São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

 [Art. 198](#). As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [\(Vide ADPF 672\)](#)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. [\(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

~~I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)~~

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, 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. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\) Regulamento](#)

~~I - os percentuais de que trata o § 2º; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)~~

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

~~IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)~~

IV - [\(revogado\)](#). [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006\)](#)

~~§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006\)](#) [\(Vide Medida provisória nº 297, de 2006\)](#)~~

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010\) Regulamento](#)

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006\)](#)

[Art. 199](#). A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

[Art. 200](#). Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

~~V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;~~

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015\)](#)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.