

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



2010 – 2013

Aprovado em 10/12/2009
Resolução CMSV Nº 359/2009

PREFEITO MUNICIPAL	João Carlos Coser
VICE-PREFEITO MUNICIPAL	Sebastião Barbosa
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE	Luiz Carlos Reblin
SECRETARIA EXECUTIVA	Sônia Maria Lievori do Rêgo Pereira
ASSESSORIA TÉCNICA	Maria de Fátima Couto Nogueira Maria Lúcia Pesente Luana Amorim Luce Mary Figueiredo de Mello
SUB-SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	Rosane Ernestina Mageste
SUB-SECRETARIA DE APOIO ESTRATÉGICO	Catarina Labore Pelacani Gava
GERÊNCIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	Marlene Saebel
AUDITORIA	Andréa Maria Negrelli Valdetaro Borjaille
GERÊNCIA DE FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE	Josenan de Alcântara Almeida Costa
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	Sônia Maria da Silva Balestreiro
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Thiene Melado Barreri
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	Viviani de Freitas Barreto
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO	Cristina Barbosa Braconi
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Mariana Meneguelli Dagustinho
GERÊNCIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Bernadete Boldrini
GERENTE DE LOGÍSTICA	Andrea Bazhuni Nimrichter Marques
GERÊNCIA DE INSUMOS DE SAÚDE	Lanusa Oliveira de Vargas
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE APOIO À ATENÇÃO	Renato Souza da Costa

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	Lei nº 6.606 de 07/06/06 e Decreto nº 12.325 de 29/06/05
SECRETÁRIO EXECUTIVO	Alexandre Oliveira Fraga
REPRESENTANTES DO PODER PÚBLICO	Luiz Carlos Reblin (Presidente) Mariana Meneguelli Dagustinho Rosane Ernestina Mageste Sônia Maria Lievori do Rego Pereira
REPRESENTANTES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	Ismênia Novaes Barbosa Pedro Benevenuto Júnior Rosini Helena Pataro Gurgel Weslene Vargas Moura
REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE	Cristiana Aparecida N. Gomes Evanildo Miranda dos Santos Fabíola Cristiane de Macedo Mota João Vicente Roeder Luceni Gomes de Novaes Maria Maruza Carlesso Péricles Alves Noronha Roberta Bissoli Saleme
REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS	Artur Martins Lemuz Benedito Domingos Santos Edson Ferreira Élida Rocha Francisco Mozard Almeida Lessa Graciete de Souza Laíra Augusta Viegas Vasconcellos Maria da Penha Oliveira Peres Maria das Graças Jantorno Rocha Maria Margaret Belmiro Lima Marília Oliveira Boynard Rogério Eller Rosimeri Galimberti Martins Walace Nascimento Lúcio Wilson Pereira das Candeias Zélia Maria de Oliveira Raynaud

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento fundamental no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser uma exigência formal. A Portaria 3.332/2006 definiu Plano de Saúde como instrumento básico que “apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde” (§§ 1º e 2º do Art. 2º).

O ponto de partida para elaboração deste Plano foi a convocação e realização da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Vitória com o objetivo de colocar em discussão as diretrizes orientadoras do Plano de Saúde. Consideramos tal iniciativa um avanço no processo de consolidação do SUS e, ao mesmo tempo uma proposta inovadora, pois possibilitou o debate dos diferentes atores do setor saúde e da sociedade, com responsabilização e comprometimento de todos na construção desse instrumento de planejamento que refletirá as intenções e os resultados a serem buscados no período 2010/2013.

O Plano Municipal de Saúde construído a partir da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Vitória será a expressão das políticas e dos compromissos de saúde, construídos coletivamente, e a base para a execução, monitoramento, avaliação e gestão do sistema municipal de saúde.

Este plano deve ser um instrumento de constante consulta, devendo por isso mesmo, estar acessível a todos os seguimentos envolvidos e em processo de constante avaliação para que sejam realizados os ajustes necessários à medida que as ações se desenvolvam.

Luiz Carlos Reblin
Secretário Municipal de Saúde de Vitória

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO

- Modelo de Gestão
- Gestão Colegiada na SEMUS
- Missão Institucional

2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

3. ANÁLISE SITUACIONAL

- Aspectos Demográficos
- Aspectos Socioeconômicos
- Aspectos Epidemiológicos

4. SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

4.1. ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO CIDADÃO

- Atenção Básica
- Atenção Especializada
- Atenção às Urgências e Emergências
- Assistência Farmacêutica
- Apoio Diagnóstico

4.2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Vigilância Epidemiológica
- Vigilância Sanitária
- Vigilância Ambiental
- Saúde do Trabalhador

4.3. GESTÃO DO SUS

- Estrutura Organizacional da SEMUS
- Investimentos em Saúde
- Gestão do Trabalho
- Gestão da Formação e Educação em Saúde
- Informação em Saúde
- Auditoria em Saúde
- Regulação, Controle e Avaliação
- Participação e Controle Social

5. COMPROMISSOS

- Problemas Prioritários
- Objetivos, Diretrizes e Metas
- Planejamento Local

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

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

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

Objetivando incorporar a população na formulação e decisão das políticas públicas para discutir o destino da cidade e da sua vida põe em prática uma gestão democrática e participativa, por meio do Orçamento Participativo, dos Conselhos Municipais Setoriais, Câmaras Territoriais, Conferências Temáticas, entre outros canais colocados à disposição da sociedade. O governo chama o cidadão para compreender o papel e os limites do Estado e fortalecer a participação no poder local. Este é um processo em contínuo aprimoramento no sentido de ampliar a disputa cotidiana de hegemonia para qualificar a educação e o grau de consciência política da cidadania.

Para esta Administração a vida é um valor fundamental para onde devem convergir todas as políticas públicas, promovendo a defesa dos segmentos menos favorecidos que demandam ações do governo para restituir sua condição de cidadania.

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

Este Plano de Saúde está fundamentado nos compromissos da reforma sanitária e na consolidação do SUS no âmbito do Município de Vitória, com a garantia dos princípios constitucionais de que **“saúde é direito de todos e dever do Estado”**, garantido mediante

políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e a busca da universalização e da equidade com redução das desigualdades em saúde.

- **Modelo de Gestão:**

A Administração Municipal de Vitória está organizada num modelo de gestão colegiada e participativa. O planejamento da gestão está estruturado e todos os projetos e ações estão organizados em três eixos estratégicos:

- 1) Democratização da Gestão Pública;
- 2) Desenvolvimento Sustentável com Inclusão Social e
- 3) Defesa da Vida e Respeito aos Direitos Humanos.

A partir de cada eixo estratégico, foram criados os Comitês Temáticos (compostos pelos secretários de cada área envolvida, com o objetivo de analisar, formular, debater, deliberar sobre a integração de programas, seu gerenciamento e o monitoramento das ações estratégicas):

- Comitê de Atividades Meio
- Comitê de Políticas Sociais
- Comitê de Desenvolvimento Econômico e Urbano



Esses comitês têm como responsabilidade principal o acompanhamento dos Programas Prioritários de Governo e suas ações, visando garantir a transversalidade e intersectorialidade dos mesmos.

O Comitê de Políticas Sociais reúne as Secretarias de Gestão Estratégica (SEGES), Gabinete do Prefeito (GABCH), Comunicação (SECOM), Assistência Social (SEMAS), Saúde (SEMUS), Educação (SEME), Meio Ambiente (SEMMAM), Cidadania e Direitos Humanos (SEMCID), Trabalho e Geração de Renda (SETGER), Controladoria (CGM), Esporte (SEMESP), Segurança Urbana (SEMSU), Cultura (SEMC), Habitação (SEHAB) e Projeto TERRA.

No nível operacional, a gestão da cidade está estruturada em três instâncias:

- 1) Comitê Executivo,
- 2) Comitê Gestor das Secretarias e
- 3) Câmaras Territoriais.

O Comitê Executivo é responsável pelas condutas administrativas, pelo controle interno e pela racionalização dos gastos públicos.

O Comitê Gestor, instituído em cada secretaria, é um espaço de análise e divulgação das ações estratégicas definidas nos Comitês Temáticos e Secretariado, além de promover a integração das ações de governo.

A Câmara Territorial (CT) é um mecanismo de integração e de articulação das ações desenvolvidas pela Administração Municipal de Vitória, por meio de suas Secretarias, Coordenadorias e Regionais, no âmbito de um determinado território da cidade. Tem como foco norteador do seu trabalho a questão da violência e da paz e como diretrizes de funcionamento a relativa flexibilidade, autonomia para diagnosticar a problemática local, sem desconsiderar os diagnósticos realizados pelos diversos órgãos municipais, para pactuar ações comuns a serem desenvolvidas e as formas de participação de cada um a partir da sua especificidade e do seu espaço de trabalho. São 08 (oito) CT, de acordo com a divisão administrativa do município e cada qual com uma agenda de ações prioritárias tendo em conta o diagnóstico da região, os indicadores sociais e o enfrentamento da violência.

- **Gestão Colegiada na Secretaria Municipal de Saúde:**

A gestão colegiada da SEMUS é operacionalizada nas reuniões dos diferentes espaços coletivos, cujas pautas são organizadas pelos responsáveis (Diretores/Gerentes) e são compostas de

assuntos previamente estruturados ou de questões emergentes que necessitam de discussão e deliberação e instruídas com as informações necessárias à orientação da discussão e da tomada de decisão.

Nos espaços coletivos é adotado o Método da Roda, que é um método de apoio à co-gestão e tem por objetivo ampliar a capacidade de análise e intervenção de sujeitos e coletivos. O método “trabalha com a noção de que há simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informações. Na seqüência, em função do interpretado tomam-se decisões e se desencadeiam ações práticas, mediante a distribuição de tarefas entre os membros do coletivo.” (Campos, 2000).

Dinâmica do método: Escuta – Análise - Construção do texto - Tarefas/projetos – Avaliação.

São espaços coletivos organizados para a produção na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória:

• **Comitê Gestor:**

Objetivo: analisar a implementação das ações, ajustar formulações, debater, orientar, integrar os programas e seus gerenciamentos, adequar o monitoramento das ações estratégicas.

Composição: todos os Gerentes e Diretores dos Serviços de Saúde.

Frequência: reunião ordinária mensal e extraordinária sempre que for necessário para discussões específicas.

• **Comitê Gestor Regional:**

Objetivo: articular com os diversos setores e gerencias da Semus, bem como junto as suas equipes, para formulação, implantação e avaliação de projetos e processos, em consonância às diretrizes institucionais pactuadas no Comitê Gestor.

Composição: Diretores dos Serviços de Saúde existentes na região de saúde, sob a coordenação de um de seus representantes.

Frequência: quinzenal.

• **Colegiado de Gerentes:**

Objetivo: analisar, formular, debater e avaliar os programas e ações relativos ao funcionamento da Semus na relação com outros setores e com a esfera Estadual e Federal do SUS.

Composição: Secretário, Secretário Executivo, Assessores, Subsecretários e Gerentes.

Frequência de Atividades: mensal e extraordinariamente sempre que for necessário.

• **Colegiado Gestor dos Serviços de Saúde:**

Objetivo: gerir e operacionalizar ações de saúde no nível local provendo acesso e acolhimento aos usuários e mediando a relação entre a comunidade e a Secretaria Municipal de Saúde.

Composição: Diretor do Serviço de Saúde e representantes dos trabalhadores de saúde.

Frequência: semanal

A operacionalização do Plano Municipal de Saúde se dará também através de grupos de trabalho específicos para um conjunto de iniciativas vinculadas a um programa e/ou ação. Além dessas instâncias, poderá ser necessário o estabelecimento de convênios – co-financiamento com instituições de saúde públicas ou filantrópicas do município, bem como a contratação de consultorias especializadas e pontuais para a efetivação do Plano Municipal de Saúde.

Para viabilização do Plano anterior contamos com algumas consultorias, aqui o destaque para a UNICAMP, onde objetivando reorganizar os processos de trabalho na Atenção à Saúde a Secretaria Municipal de Saúde firmou parceria e vem construindo a experiência de Vitória no Apoio Institucional à Gestão, inscrevendo a função APOIO INSTITUCIONAL como estratégia que permeia as relações e instalações de saúde no âmbito municipal.

Apoio Institucional entendido como dispositivo na composição com outros processos e com o papel de mediar/facilitar a construção de espaços coletivos e projetos específicos de cada coletivo. Projetos construídos progressivamente e a partir de um tema que colocado em análise se transforma em ações práticas, aproximando o saber (análise) do fazer (tarefa/projeto de intervenção). Para o Método da Roda a escuta, observação e leitura indicam a capacidade de se produzir informações que compõem um texto que é colocado em análise e daí produza a tomada de decisão, a definição de tarefas, e a progressiva composição de um Projeto (Campos, 2000).

Missão Institucional - “Planejar e executar as ações de saúde no Município de Vitória, visando à efetivação do Sistema Único de Saúde com a garantia dos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção à saúde e o compromisso com a defesa da vida em uma cidade saudável”.

VALORES

- Ética
- Respeito à Democracia
- Transparência
- Eficácia Administrativa
- Participação Cidadã
- Controle Social
- Defesa dos Direitos Humanos
- Valorização da Pessoa
- Solidariedade
- Valorização do Servidor Municipal
- Zelo do Bem Público

2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Começando com um pouco de história:

- O então Rei de Portugal, D. João III, dividiu as terras do Brasil em capitânicas hereditárias, cabendo uma ao fidalgo Vasco Fernandes Coutinho, que tomou posse em 23 de maio de 1535, instalando-se no sopé do morro da Penha, em Vila Velha. A escolha do nome Espírito Santo se deve à coincidência da chegada da caravela no dia em que se comemora a festa religiosa do Divino Espírito Santo. Contudo o fundador de Vitória foi Duarte de Lemos, um dos companheiros de Vasco Coutinho, que recebeu a ilha de Santo Antônio como recompensa pelas bravuras na navegação portuguesa.

No dia 08 de setembro de 1551 os índios invadiram o povoado e, iniciaram uma marcha violenta rumo ao centro colonizado. Os colonos enfrentaram os índios, que foram derrotados. Os exploradores portugueses comemoraram com uma grande festa. A partir dessa data a ilha passa a se chamar Vila da Vitória. Elevada à categoria de cidade pela lei de 17 de março de 1823, a província passa a ser chamada apenas de Vitória.

Voltando ao século XXI:

Vitória é uma das capitais mais antigas do Brasil. É uma ilha que os antigos habitantes do lugar, os índios goitacazes, chamavam de Ilha de Guanaaní, ou Ilha do Mel, devido à sua beleza e águas ricas em peixes e mariscos. Hoje é carinhosamente chamada de Cidade Presépio do Brasil.

Uma cidade que se modernizou sem perder de vista as marcas de sua história. Cercada pela Baía de Vitória, a cidade é uma ilha de tipo fluviomarinho, e é formada por várias ilhas, inclusive algumas a 1.100 km da costa. Além da ilha principal (Vitória) fazem parte do município outras 34 ilhas e uma porção continental, perfazendo um total aproximado de 93,38 km². Originalmente eram 50 ilhas, muitas das quais foram agregadas por meio de aterro à ilha principal.

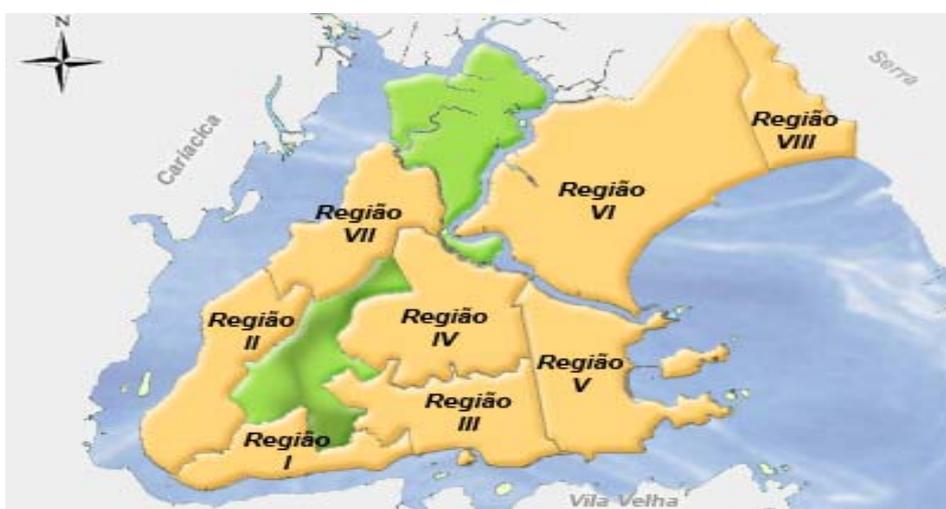
A cidade nasceu nos morros, basicamente onde é hoje a Cidade Alta. As diversas escadarias levavam os moradores da parte baixa à parte alta. A mais conhecida delas é a escadaria Maria Ortiz.

Vitória é a cidade mais arborizada do Espírito Santo. São 91 metros quadrados de área verde por habitante, distribuídos em recantos de lazer e áreas de preservação ambiental. Ecossistemas que abrigam centenas de espécies de flora e fauna contribuem para a qualidade de vida dos moradores e encantam os visitantes. Segundo a ONU, a cidade está em quarto lugar no ranking de onde melhor se vive no Brasil.

O clima é quente, tropical úmido, com temperatura média mensal máxima de 30,4°C, e mínima de 24°C. Ocorrem chuvas constantes, principalmente nos meses de outubro a janeiro.

Com uma população de 320.156 habitantes (Fonte - IBGE projetada 2009 para o TCU), Vitória integra a Região Metropolitana da Grande Vitória, juntamente com os municípios de Serra, Vila Velha, Cariacica, Viana, Fundão e Guarapari.

O Município se organiza em bairros, regulamentado pela Lei 6.077/2003. As configurações geopolíticas da cidade redefiniram as divisões regionais e excluíram de seus contornos alguns bairros pertencentes ao Município de Serra. Na territorialização administrativa Vitória se divide em 08 Regiões (o bairro Jardim Camburi por sua extensão geográfica e populacional, passa a ser considerada Região Administrativa, de acordo com a Lei 6.488/2005) e 79 Bairros.



Região I – Centro

Compreende 08 bairros (Centro, Fonte Grande, Forte São João, Piedade, Do Moscoso, Parque Moscoso, Santa Clara e Vila Rubim), numa área de aproximadamente 2.201.923 m². Essa região caracteriza-se por ser o berço da cidade, fundada em 08 de setembro de 1551. Abriga construções históricas, tem os morros ocupados e resume o que era a Capital até o início do século. Com o crescimento e a expansão da cidade para outras áreas, viveu nos últimos anos um processo de esvaziamento. Com o Projeto de Revitalização do Centro e agora com a implantação da administração regional, dá-se um novo impulso ao enfrentamento dos problemas da área.

Região II – Santo Antonio

Compreende 13 bairros (Santo Antônio, Bela Vista, Ilha do Príncipe, Caratoíra, Estrelinha, Ariovaldo Favalessa, Grande Vitória, Inhanguetá, Mário Cypreste, Do Cabral, Do Quadro, Santa Tereza, Universitário) numa área aproximada de 4.649.790 m². A região abriga, ao mesmo tempo,

bairros antigos da capital e áreas de urbanização mais recente. Também há ocupações em morros.

Região III – Bento Ferreira

Compreende 13 bairros (Bento Ferreira, Consolação, Cruzamento, De Lourdes, Fradinhos, Gurigica, Horto, Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Jesus de Nazareth, Jucutuquara, Nazareth e Romão) numa área aproximada de 4.376.542 m². As áreas planas resultaram de aterros, ficando ao nível ou até mesmo abaixo do nível do mar, o que vem demandando altos investimentos em sistemas de drenagem. Cortam essa região as principais vias de tráfego da cidade.

Região IV – Maruípe

Compreende 12 bairros (Maruípe, Da Penha, Bonfim, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro, Andorinhas) numa área aproximada de 5.671.517 m². De ocupação antiga, a região guarda um pouco da história da cidade no Museu Solar Monjardim, abriga o Hospital Universitário e o Parque do Horto de Maruípe, o maior da cidade.

Região V – Praia do Canto

Compreende 09 bairros (Barro Vermelho, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helena, Santa Lúcia, Santa Luiza) numa área aproximada de 5.315.956 m². É a região com melhor infra-estrutura da cidade, abriga ilhas, praças e praias famosas e tem intensa atividade de comércio e serviços.

Região VI – Continental

Compreende 13 bairros (Antônio Honório, Boa Vista, Goiabeiras, Jabour, Jardim da Penha, Maria Ortiz, Mata da Praia, Morada de Camburi, Pontal de Camburi, República, Segurança do Lar, Solon Borges e Aeroporto) numa área aproximada de 13.007.200 m². Localizada ao Norte da Baía de Vitória, a região abriga a Universidade Federal do Espírito Santo e a produção de painéis de barro, artesanato de origem indígena com mais de 400 anos, utilizadas para preparar a moqueca capixaba.

Região VII – São Pedro

Localizada na baía noroeste de Vitória, compreende 10 bairros (Comdusa, Conquista, Ilha das Caieiras, Nova Palestina, Redenção, Resistência, São José, Santo André, São Pedro e Santos Reis), numa área aproximada de 3.600.782 m². Na região mais carente de Vitória e de povoação mais recente, os bairros surgiram a partir da ocupação do lixão da cidade e da invasão de áreas de manguezal, no final da década de 70. A partir dos anos 90, intensificaram-se os investimentos em

urbanização, desenvolvimento sócioeconômico, recuperação e preservação ambiental. Nos últimos anos, foram alocados cerca de R\$ 30 milhões num programa de desenvolvimento urbano integrado. Este programa foi um dos representantes do Brasil na Habitat 2 e tornou-se referência no País. Estuário onde se localiza o maior manguezal do Espírito Santo.

Região VIII – Jardim Camburi

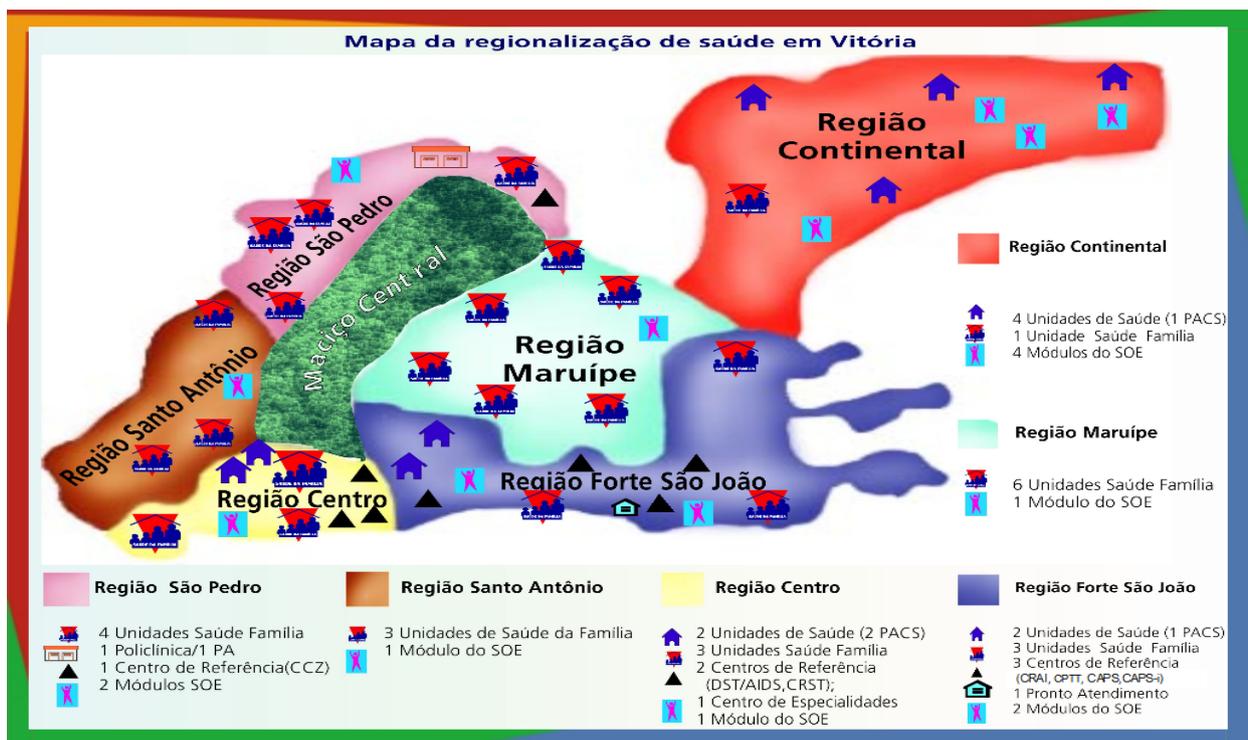
Localizada ao Norte da Baía de Vitória, a região é formada pelo bairro Jardim Camburi numa área aproximada de 2.605.116 m². Abriga a praia de Camburi, uma das mais famosas da cidade.

Organização territorial do Sistema Municipal de Saúde de Vitória

O Sistema Municipal de Saúde de Vitória se organiza sobre bases territoriais, onde a distribuição dos serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura.

O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, “pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar” (Monken e outros).

Na territorialização da Saúde, Vitória se divide em 06 Regiões e 27 Territórios de Saúde.



Região I – Continental

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

Região II – Maruípe

Compreende 18 bairros (Maruípe, Da Penha, Bonfim, Gurigica, Consolação, Horto, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro, Andorinhas, Bairro de Lourdes, Bonfim), que se distribuem em 06 Territórios de Saúde (Maruípe, Consolação, Bairro da Penha, Bonfim, Andorinhas e Santa Marta).

Região III – Centro

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

Região IV – Santo Antonio

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

Região V – São Pedro

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

Região VI – Forte São João

É composta por 19 bairros (Bento Ferreira, Cruzamento, Forte São João, Fradinhos, Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Jesus de Nazareth, Jucutuquara, Nazareth, Romão, Barro Vermelho, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helena, Santa Lúcia e Santa Luiza), que se distribuem em 04 Territórios de Saúde (Forte São João, Ilha de Santa Maria, Jesus de Nazareth, Praia do Suá e Santa Luiza).

- **Unidades de Saúde:**

- ✚ 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS): sendo quatro (04) unidades básicas de saúde sem Estratégia Saúde da Família (ESF), três (03) com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e vinte e uma (21) com Estratégia Saúde da Família.

São 76 equipes de ESF + PACS que proporcionam uma cobertura de 73% da população.

- **Serviços de Referência:**

- ✚ 10 Serviços de Referência: Idoso (CRAI), DST/AIDS (este funciona até 22h), Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II), Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD/CPTT), Centro de Controle de Zoonozes (CCZ) e quatro centros de especialidades: Centro Municipal de Especialidades (CME), Policlínica São Pedro, Santa Luíza e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) – funcionando no CME.
- ✚ 02 Prontos Atendimentos: funcionando 24 horas (São Pedro e Praia do Suá).
- ✚ Serviço de Orientação ao Exercício (SOE): São 12 módulos de orientação ao exercício localizados em praças, parques e praias e um carro volante - o SOE-Móvel - que realiza visitas quinzenais em regiões onde não existe módulo de orientação ao exercício e 02 academias populares em parceria com a Secretaria Municipal de Esportes.
- ✚ Laboratório Central Municipal
- ✚ Serviço de Vigilância Sanitária (VISA)
- ✚ Serviço Central de Insumos de Saúde
- ✚ Farmácia Popular

- **Rede Conveniada:**

Maternidade Pró-Matre, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Hospital Santa Rita de Cássia e Hospital Cassiano Antônio de Moraes (Hucam). Com o objetivo de qualificar, ampliar e garantir o acesso da população a serviços ambulatoriais e hospitalares, com repasses financeiros para investimentos da estrutura física, equipamentos e oferta de serviços de saúde.

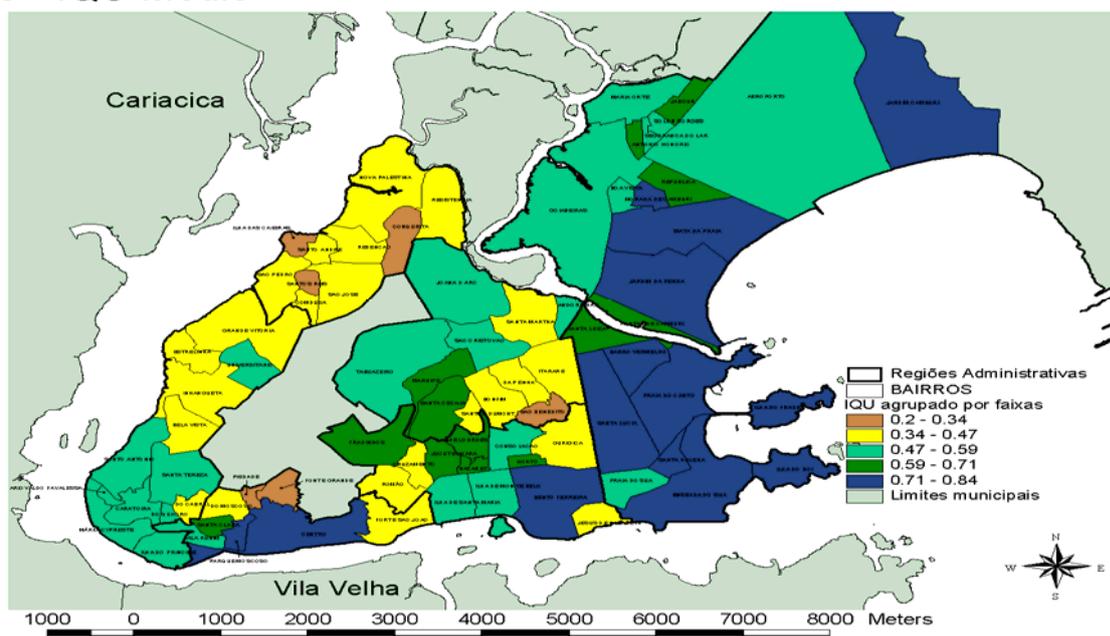
3. ANÁLISE SITUACIONAL

• ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Para a caracterização sócio-econômica-demográfica do Município de Vitória, foi utilizado o Índice de Qualidade Urbana (IQU), índice desenvolvido pelo Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais (PÓLIS), é composto por quatro dimensões, educacional, habitacional, renda e ambiental. Quanto maior o IQU, melhor é a qualidade urbana.

O mapa a seguir utilizou os dados obtidos no Censo do IBGE 2000 e nos indicadores que o compõe.

2000 - IQU Médio



A população estimada para o município em 2008 foi de 317.817 habitantes, sendo 149.813 homens e 168.004 mulheres. Há um predomínio de jovens, visto que aproximadamente 30% dos moradores da cidade têm menos de 20 anos. No entanto são evidentes as mudanças na estrutura etária de idosos. Em 1980 os idosos com 60 anos ou mais, representavam menos de 6% da população do município. Atualmente as 34.838 pessoas nessa faixa etária correspondem a quase 11%. Enquanto a população de jovens apresentou um decréscimo de aproximadamente 8% entre 2000 e 2008, a população idosa cresceu mais de 30% no mesmo período, conforme tabela 1

Tabela 1 – Alterações na estrutura etária da população de Vitória, segundo faixa de idade. 2000 e 2008

FAIXA ETÁRIA	ANO		INCREMENTO/DECRÉSCIMO	
	2000	2008	nº	%
< 20 anos	101.573	93.606	- 7.967	- 7,84
20 a 39 anos	99.897	109.274	9.377	9,39
40 a 59 anos	64.690	80.099	15.409	23,82
60 e +	26.144	34.838	8.694	33,25
TOTAL	292.304	317.817	25.513	8,73

Fonte: IBGE

O índice de envelhecimento, que mede a relação entre o número de idosos para cada 100 jovens aumentou em quase 4 vezes em 38 anos conforme gráfico 1. Nota-se pelas pirâmides etárias abaixo (Figura1), o aumento a proporção de idosos da população e a diminuição dos nascimentos, entre os censos de 1991 e 2000.

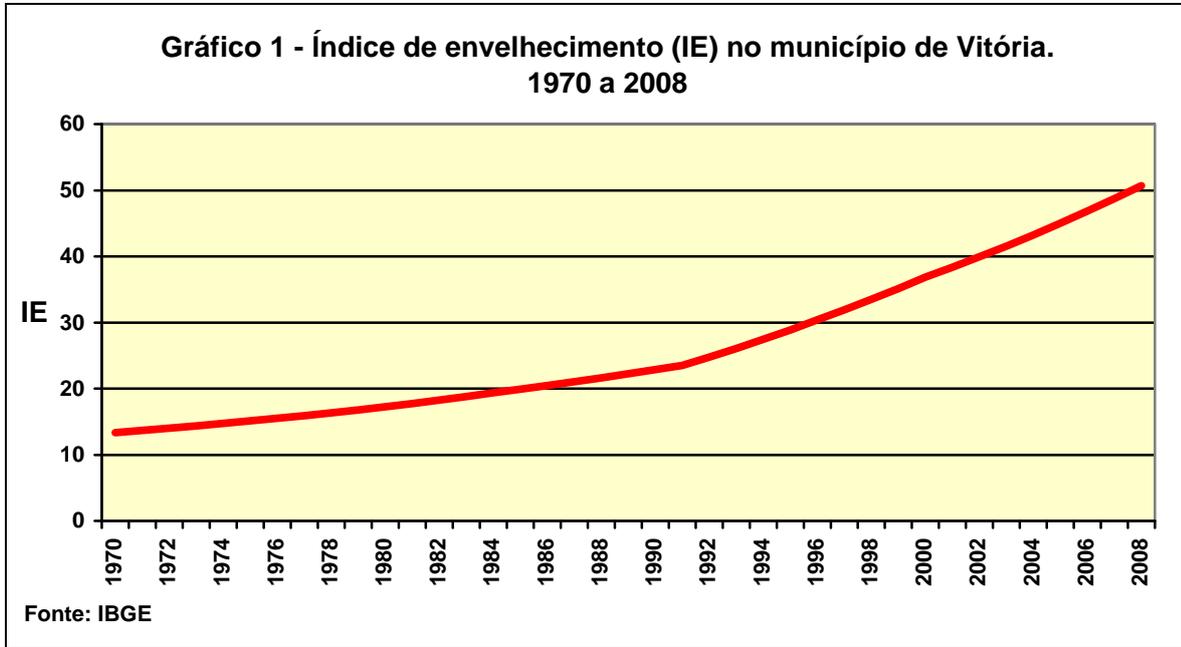
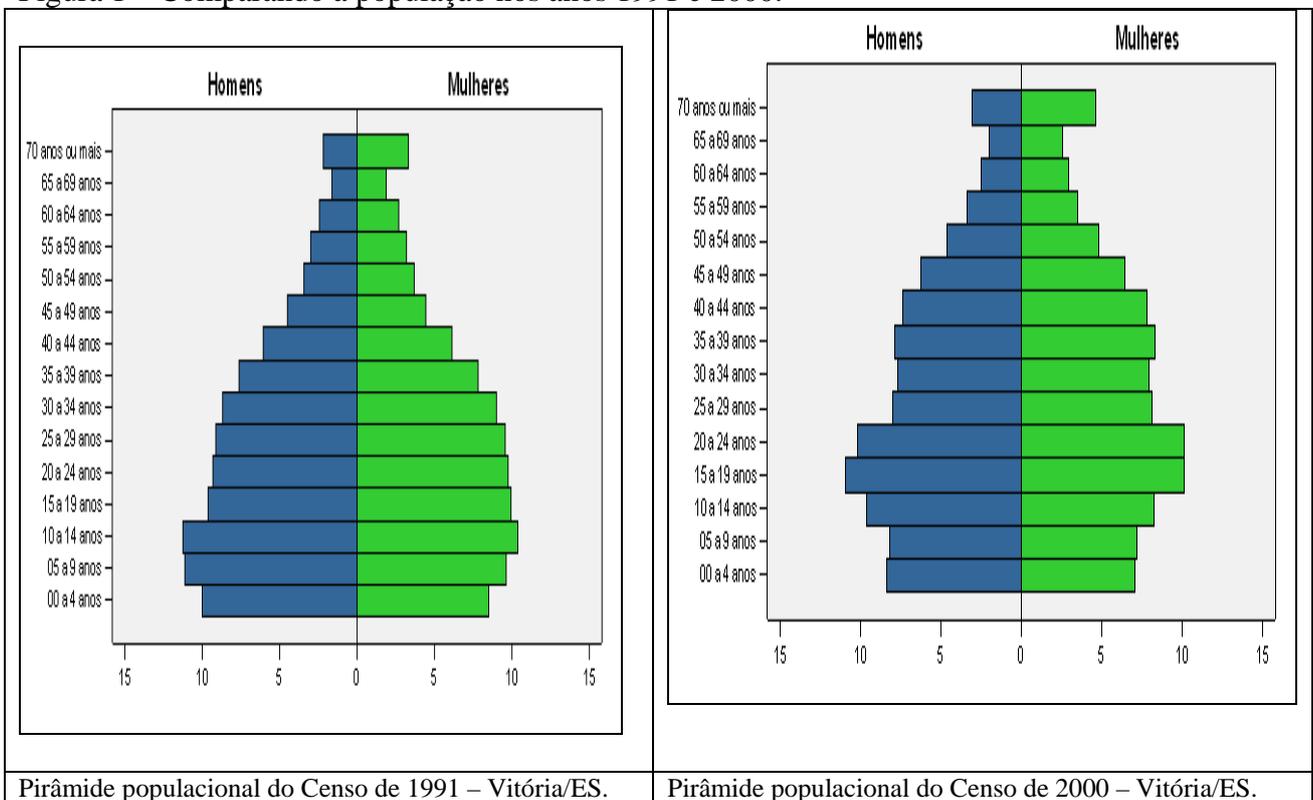
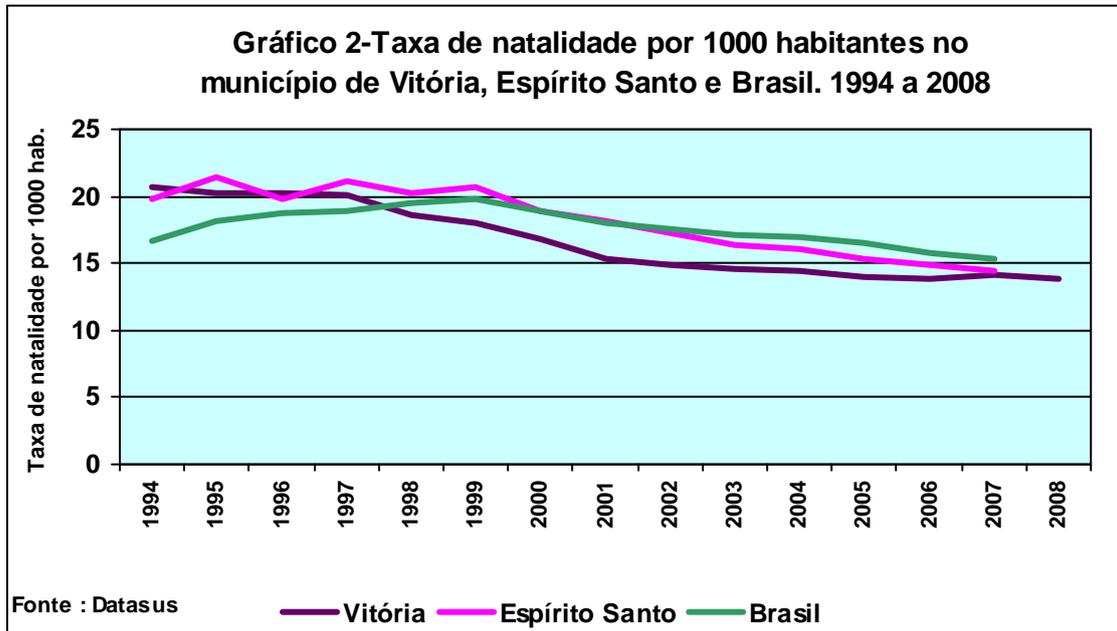


Figura 1 – Comparando a população nos anos 1991 e 2000.

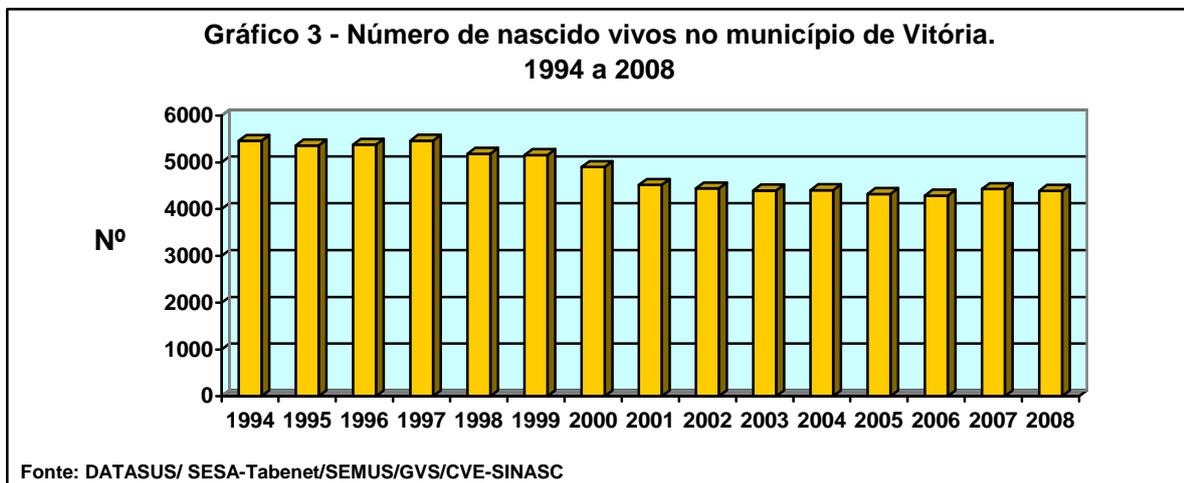


NASCIMENTOS

O número de nascimentos no município de Vitória vem apresentando decréscimo ao longo dos anos. A exemplo do que ocorre no país e no estado a taxa de natalidade do município apresentou uma redução de aproximadamente 33% entre 1994 e 2008 (gráfico 2)



Em 2008 o Sistema de Informações de Nascidos Vivos do município de Vitória (SINASC) registrou o nascimento de 4.356 crianças de gestantes residentes na capital capixaba (gráfico 3).



- **ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS**

– **Nível de emprego por tipo de atividade**

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

Tabela 02 – Distribuição setorial da população ocupada. Vitória, 2000

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

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

– **Renda familiar média**

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

Tabela 03 – Rendimento das famílias, segundo faixa de rendimento mensal familiar per capita. Vitória, 2000

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

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

– Grau de Instrução

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

Tabela 04 – Condição de alfabetização da população de 15 anos e mais e taxa de analfabetismo, segundo faixa etária. Vitória, 2000

Faixa Etária	Condição de Alfabetização		Total	Taxa De Analfabetismo
	Não Sabe Ler e Escrever	Sabe Ler e Escrever		
15 a 17	204	17.437	17.640	1,2
18 a 24	456	42.339	42.796	1,1
25 a 39	1.630	68.520	70.150	2,3
40 a 59	3.191	61.499	64.690	4,9
60 a 64	853	7.183	8.036	10,6
> 64	2.753	15.355	18.108	15,2
Total	9.087	212.333	221.420	4,1

Fonte: IPES

– Saneamento básico e destinação do lixo

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

Tabela 05 – Formas de abastecimento de água dos domicílios particulares permanentes. Vitória, 2000

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

Fonte: IPES

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

Tabela 06 – Formas de esgotamento sanitário dos domicílios particulares permanentes. Vitória, 2000

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

Fonte: IPES

Tabela 07 – Destino do lixo produzido pelos domicílios particulares permanentes. Vitória, 2000

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

Fonte: IPES

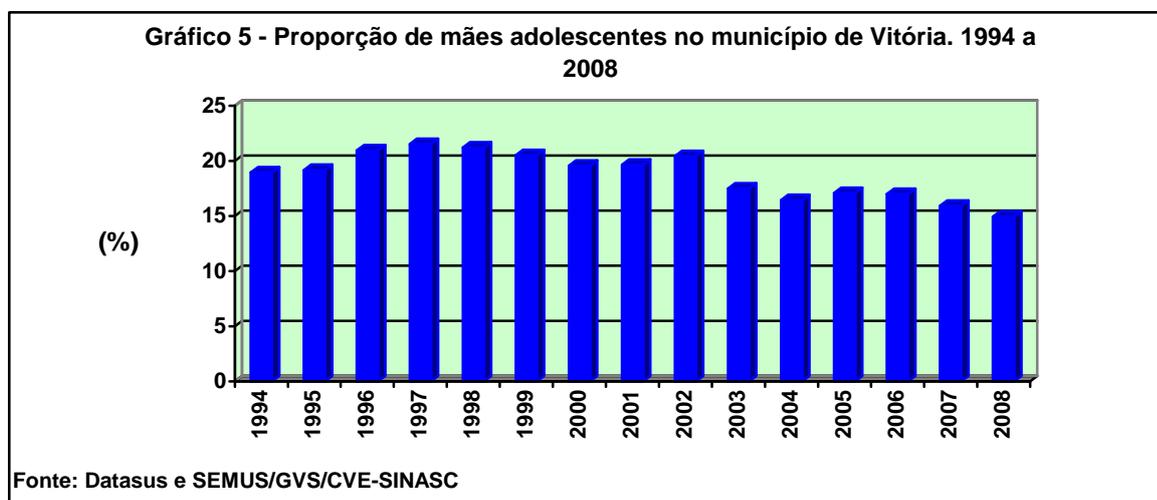
- **ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS**

Ao discorrer sobre o comportamento de determinadas variáveis ao longo dos anos, constata-se bons resultados na maior parte delas. De 1994 a 2008 o baixo peso da criança ao nascer apresentou-se na média em 8,6%. O menor percentual foi verificado em 1999 (7,8%) e o maior em 2006 (10%), conforme exposto no gráfico 4.

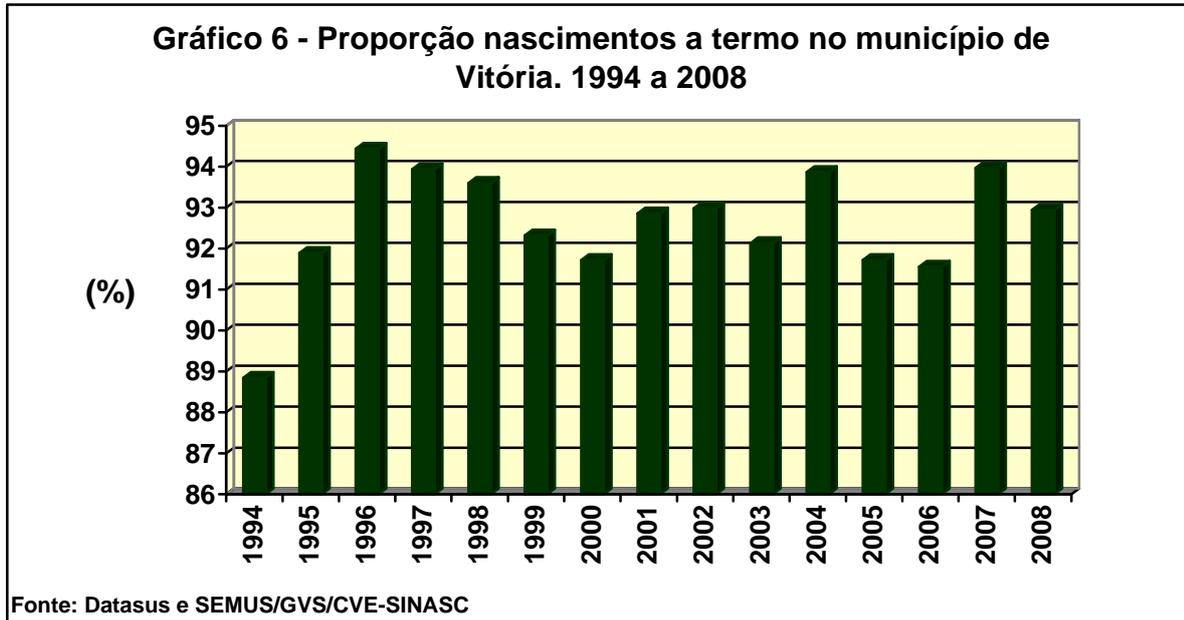
O baixo peso ao nascer é uma das variáveis acompanhadas pela área técnica do Eixo Saúde da Criança da Gerencia de atenção à Saúde, que em 2008 monitoraram 92,15% dos recém nascidos, que se configura como importante ação de acompanhamento das condições de saúde da mãe e da criança. O Pacto pela Vida do município previa monitorar no mínimo 90% dos recém nascidos.



A proporção de gestantes adolescentes apresentou oscilações ao longo do período, representando praticamente 22% dos nascimentos em 1997. Vem reduzindo desde 2006 e atualmente está em 15,1%, o menor percentual da série (gráfico 5).



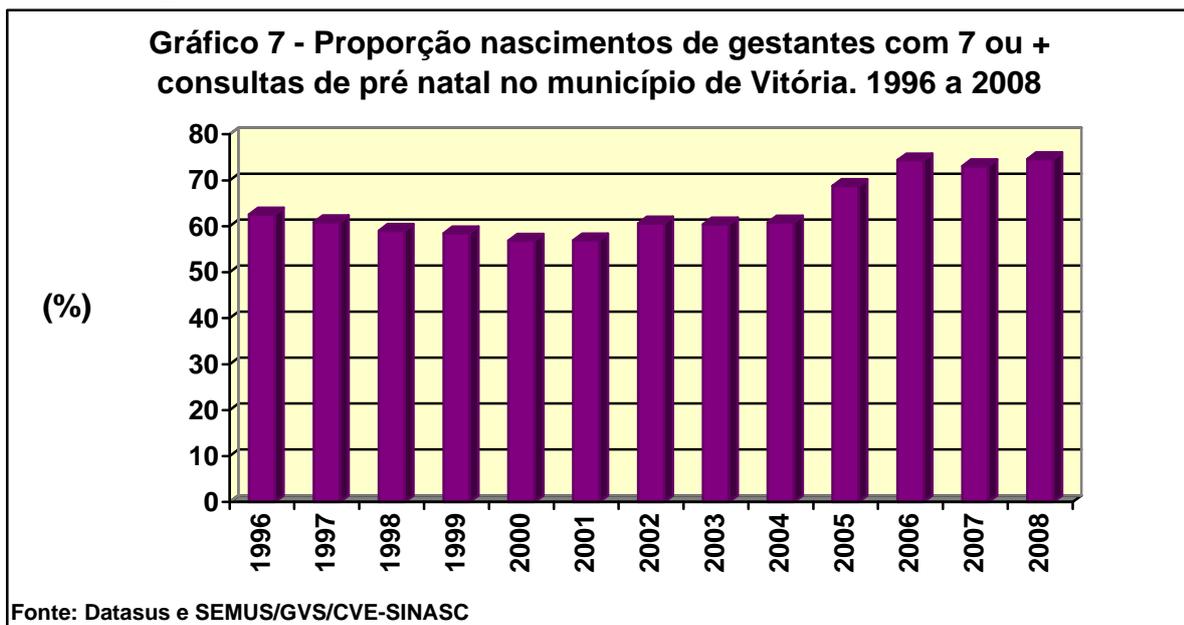
Outra variável importante refere-se aos nascimentos a termo (gráfico 6), isto é, os nascimentos que aconteceram entre a 37ª a 41ª semanas de gestação, período considerado ideal para a realização do parto. Entre 1994 e 2008, excetuando o primeiro ano da série, a proporção de nascimentos a termo representou sempre mais de 90% dos nascimentos.



Essa variável apresenta uma interface com outra, a consulta de pré natal (gráfico 7). Um bom acompanhamento do pré natal, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto do qualitativo, certamente apresentará bons resultados nas demais variáveis e reduz os riscos de desfechos desfavoráveis quanto à saúde da gestante e da criança.

Entre 1996 e 2008 a média de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré natal foi de 63,6%. Ao longo do período essa variável apresentou oscilações e a partir de 2004 comportou-se de maneira crescente.

Em 2008 quase 75% das gestantes residentes no município de Vitória realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.



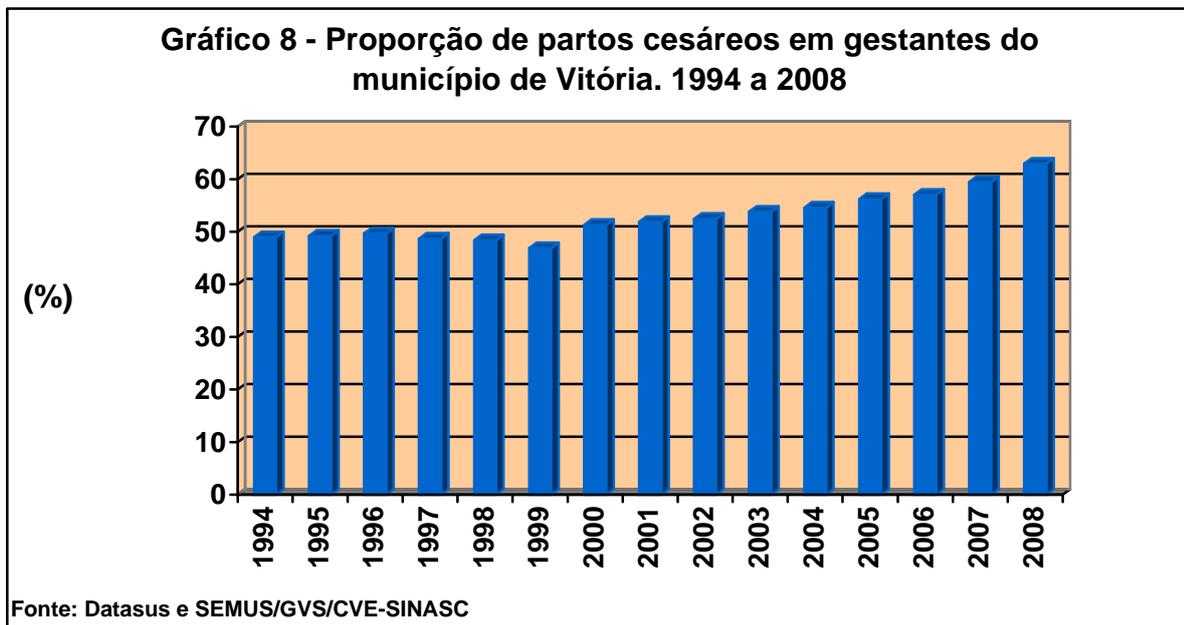
Sobre o tipo de parto realizado, cabe uma observação sobre todos os partos realizados na cidade, independentemente da residência da gestante. Foram realizados no município de Vitória 14.461 partos em 2008, dos quais 9.186 foram cesarianas (63,5%) e 5.268 vaginais (36,4%). Essa diferença torna-se mais acentuada quando da análise do tipo de parto segundo estabelecimento quanto a sua classificação em público, privado ou filantrópico. As cesarianas nos estabelecimentos privados responderam por mais de 95% dos partos totais neste tipo de estabelecimento, conforme demonstra a tabela 08.

Tabela 08 – Partos realizados por estabelecimentos de saúde de Vitória, segundo tipo de parto e por tipo de estabelecimento. 2008

TIPO DE PARTO	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE						TOTAL	
	Público		Privado		Filantrópico		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%		
Vaginal	421	40,17	209	4,50	4.638	59,92	5.268	36,43
Cesariana	624	59,54	4.438	95,46	4.124	47,06	9.186	63,52
Não informado	03	0,29	02	0,04	02	0,02	07	0,05
TOTAL	1.048	100,00	4.649	100,00	8.764	100,00	14.461	100,00

Fonte: SEMUS/GVS/CVE-SINASC

Quanto aos partos de gestantes residentes em Vitória, ao longo do período, as cesarianas responderam em média por 52,8% dos partos. Entre 1994 e 1999 esses percentuais oscilaram em média ao redor dos 48,%. A partir de 2000, a proporção de cesarianas passou a apresentar valores crescentes, atingindo quase 63% em 2008 (gráfico 8).



Morbidade

O adoecimento no município de Vitória confirma a tendência apresentada no país. Observa-se que as doenças não transmissíveis e os agravos decorrentes de acidentes e violências foram os principais responsáveis pelas internações dos moradores da capital entre 1999 e 2008. Nesse período foram registradas 116.321 internações nos serviços de saúde do SUS ou conveniados. Aproximadamente 60% delas foram pelas causas citadas na tabela 09.

Tabela 09 – Número de internações* de residentes em Vitória, segundo causa - 1999 a 2008

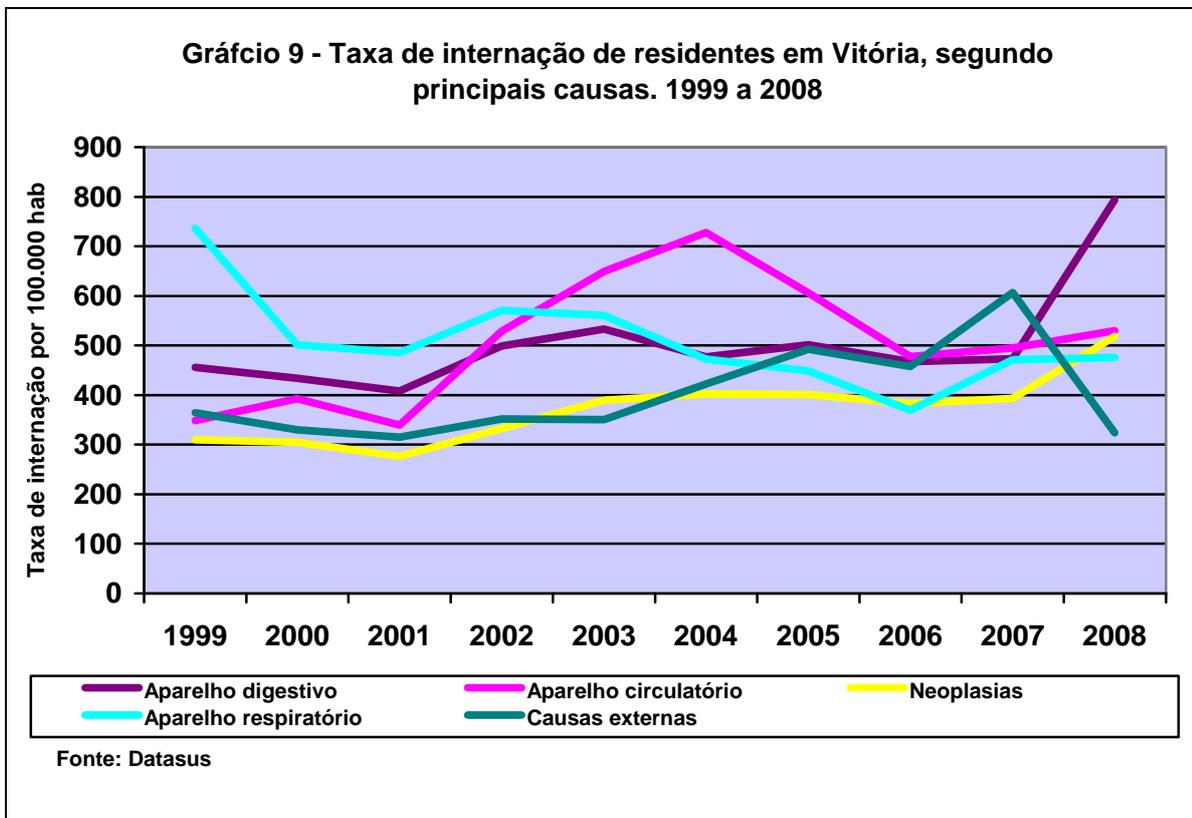
CAUSA DE INTERNAÇÃO	nº	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9.444	8,12
Neoplasias	11.157	9,59
Doenças sangue	1.033	0,89
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.258	1,94
Transtornos mentais e comportamentais	3.906	3,36
Doenças do sistema nervoso	2.971	2,55
Doenças do olho e anexos	5.017	4,31
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	221	0,19
Doenças do aparelho circulatório	15.329	13,18
Doenças do aparelho respiratório	15.254	13,11
Doenças do aparelho digestivo	15.193	13,06
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.543	2,19
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	4.117	3,54
Doenças do aparelho geniturinário	8.094	6,96
Algumas afec originadas no período perinatal	2.973	2,56
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2.092	1,80
Mal definidas	927	0,80
Causas externas de morbidade e mortalidade	1.2106	10,41
Contatos com serviços de saúde	1.686	1,45
TOTAL	116.321	100,00

Fonte: Datasus

* Exclusive gravidez, parto e puerpério

Analisando-se as taxas de internação pelas principais causas ao longo de 10 anos (1999 a 2008), observam-se alternâncias quanto a 1ª causa de internação. Entre 1999 e 2006, predominam as causas cardio-respiratórias. As causas externas mantiveram-se em 3º e 4º lugares ao longo da série, no entanto em 2007 foram à principal causa de internação e apresentaram uma queda considerável

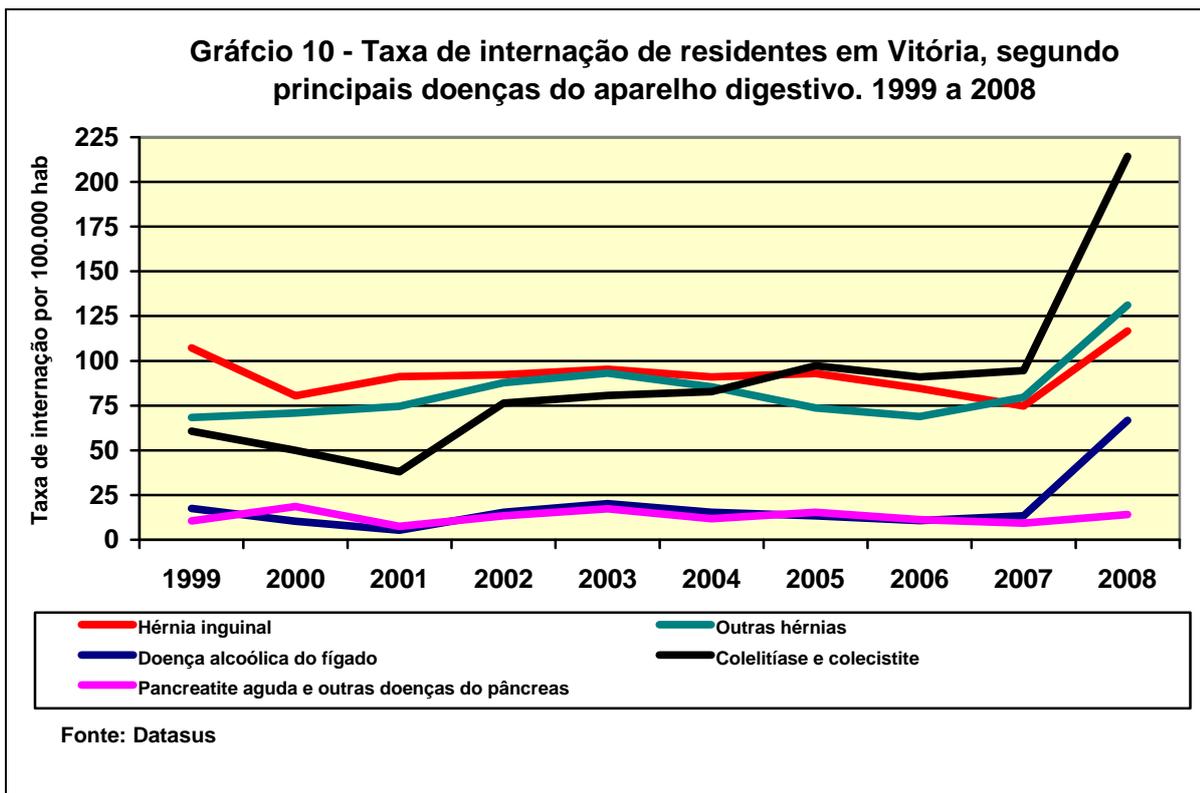
em 2008. Em 2008 surpreende o comportamento das doenças do aparelho digestivo. Ao longo do período sempre estiveram entre a 2ª e 3ª causa de internação. Chama a atenção o salto observado em sua taxa de 2007 para 2008, visto que até 2007 ela apresentou pequenas variações (gráfico 9).



Ao se investigar as causas específicas no grupo das doenças do aparelho digestivo, constata-se um acréscimo acentuado nas taxas de internação por hérnia inguinal, outras hérnias, doença alcoólica do fígado, colelitíase e colecistite e pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas de 2007 para 2008. Observando a taxa de internação por doença alcoólica do fígado, o incremento foi de mais de 380%.

Na análise da série histórica da evolução das taxas de internação por essas causas, observa-se que a internação por hérnia inguinal apresenta o mesmo comportamento no primeiro e último ano do período analisado. No entanto no período intermediário (2000 a 2007) essas taxas são menores e mantêm certa estabilidade (gráfico 10).

Essas cinco causas responderam por 68,74% das internações por causas digestivas em 2008.



Embora as doenças não transmissíveis sejam responsáveis pela maior parte das internações de residentes em Vitória, as doenças transmissíveis ainda impactam o perfil de morbidade, quando analisadas as doenças de notificação compulsória (tabela 10).

Entre 2000 e 2008 foram realizadas 65.239 notificações de agravos compulsórios no município de Vitória. Desse total, aproximadamente 30% não eram de residentes em Vitória. A dengue respondeu por 58% das notificações e o atendimento anti-rábico por 21% das notificações de residentes em Vitória.

A dengue se apresenta como problema de saúde no município de Vitória. Considerando o período de 2000 a 2008, sua frequência de notificações sempre foi a maior em relação às outras doenças. Há três anos a SEMUS vem intensificando as ações visando dar maior efetividade ao controle da doença. Esse movimento contempla trabalhos conjuntos entre vigilância epidemiológica, laboratório e atenção básica para melhoria na qualidade das notificações, coleta de material para exame sorológico, investigação dos casos suspeitos e assistência ao paciente. Paralelamente, porém articulado as atividades citadas, o trabalho de campo para controle do vetor também foi intensificado pela vigilância ambiental. Esse conjunto de ações acontece de forma integrada, com participação ativa das unidades de saúde e sob coordenação pessoal do secretário de saúde. Em 2008 aconteceram 23 casos de dengue hemorrágica em Vitória e 01 óbito, o que significou uma letalidade de 4,35%.

Tabela 10 – Agravos de notificação de residentes em Vitória comunicados a vigilância epidemiológica. 2000 a 2008

AGRAVO NOFICADO	ANO								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Coqueluche	04	04	02	17	-	06	02	09	16
Sífilis congênita	20	27	35	32	21	28	12	21	06
Sífilis em adulto	96	106	110	184	110	72	22	-	-
Sífilis em gestante	-	-	-	-	-	03	05	18	20
Tricominiase	13	04	-	-	-	-	-	-	-
Herpes genital	15	05	05	15	30	08	03	-	-
Condiloma acuminado	67	99	129	89	174	71	19	-	-
Paralisia flácida aguda	02	01	-	-	-	-	-	-	-
Dengue	5678	1837	4323	6358	499	1230	2386	968	3532
Febre maculosa	-	-	-	-	-	02	01	02	03
Febre amarela	-	-	-	01	-	01	01	01	02
Doenças exantemáticas	112	290	70	43	26	22	13	107	40
Hantavirose	-	-	-	-	02	01	02	01	01
Hepatite viral	178	60	15	65	138	141	197	142	116
SIDA	75	66	148	68	90	133	69	31	70
Esquistossomose	08	09	-	02	22	17	41	60	45
Leishmaniose tegumentar americana	-	01	03	02	-	01	01	01	-
Malária	-	01	03	13	21	12	15	09	12
Doenças de chagas	-	-	-	01	03	02	01	03	06
Meningite	93	50	95	58	58	64	49	69	38
Síndrome da úlcera genital (excl. herpes genital)	12	09	06	13	16	06	02	-	-
Síndrome do corrimento cervical	10	04	15	18	23	24	03	-	-
Outras afecções e inflamações da vagina e vulva	03	-	-	-	-	-	-	-	-
Gestante com rubéola e ou rubéola congênita	01	03	-	-	-	-	-	-	-
Síndrome do corrimento uretral	60	34	38	69	82	33	05	-	-
Gestante HIV e crianças expostas	01	19	20	33	24	22	23	15	14
Febre tifóide	-	-	02	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	196	191	199	169	189	157	158	189	200
Leptospirose	04	14	12	04	137	32	31	21	72
Hanseníase	119	132	202	188	124	96	80	71	94
Atendimento anti-rábico	-	1189	1364	1249	1188	1224	1168	1218	1319
Acidentes com animais peçonhentos	-	01	-	01	25	21	02	11	20
Tétano acidental	-	-	-	-	02	-	-	-	-
Intoxicação por agrotóxico	-	-	-	-	07	-	-	-	-
Intoxicação exógena	-	-	-	-	-	-	-	12	13
Evento adverso pós vacinação	-	-	-	-	-	16	23	03	08
Acidente de trabalho-exposição a material biológico	-	-	-	-	-	-	-	28	54
Varicela	-	-	-	-	-	-	-	-	574
TOTAL	6.767	4.156	6.796	8.692	3.011	3.445	4.334	3.010	6.275

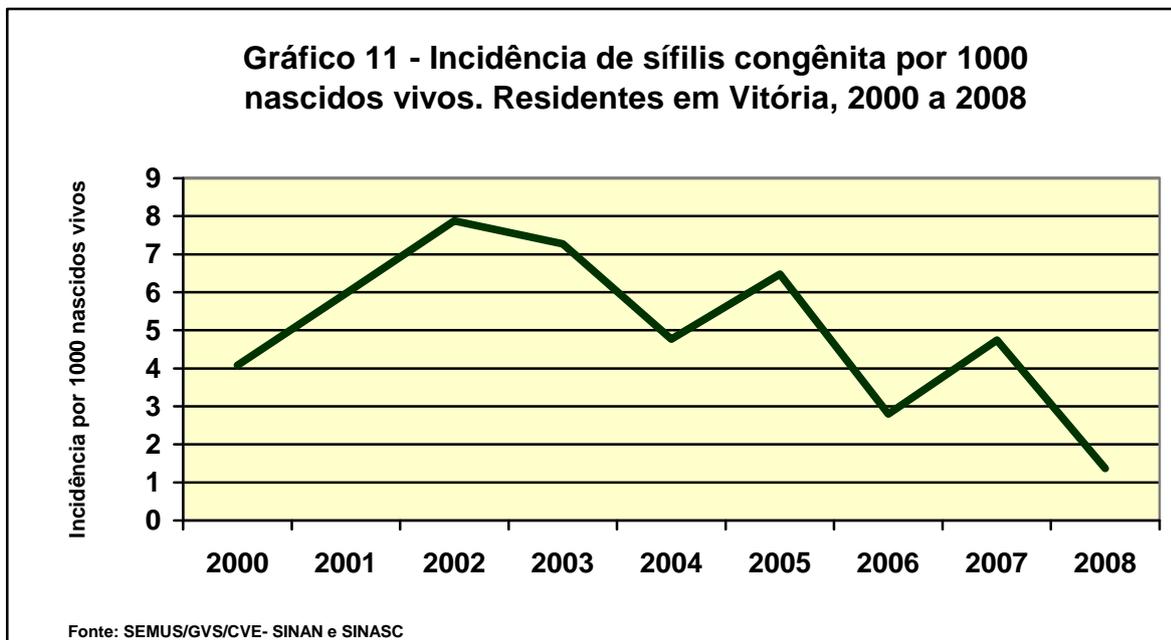
Fonte: SEMUS/GVS/CVE-SINAN

O atendimento anti-rábico destacou-se pela sua grande frequência. Ele se divide em atendimento pré exposição e pós exposição. O atendimento pré exposição é destinado aos profissionais que atuam na área da veterinária. Trata-se de atendimentos preventivos, visto que tais profissionais pela natureza do seu trabalho estão expostos aos riscos de zoonoses. São profissionais de clínicas veterinárias, Centro de Controle de Zoonoses, dentre outros. Esse atendimento representa em média 10% do atendimento anti-rábico. O pós exposição, que corresponde a 90% do atendimento anti-rábico, destina-se as pessoas que foram agredidas por animais. Aproximadamente 80% desses atendimentos são decorrentes de mordedura de cão. A agressão por felinos representa cerca de 10%, e outros animais, cavalo, morcego, macaco, 10%.

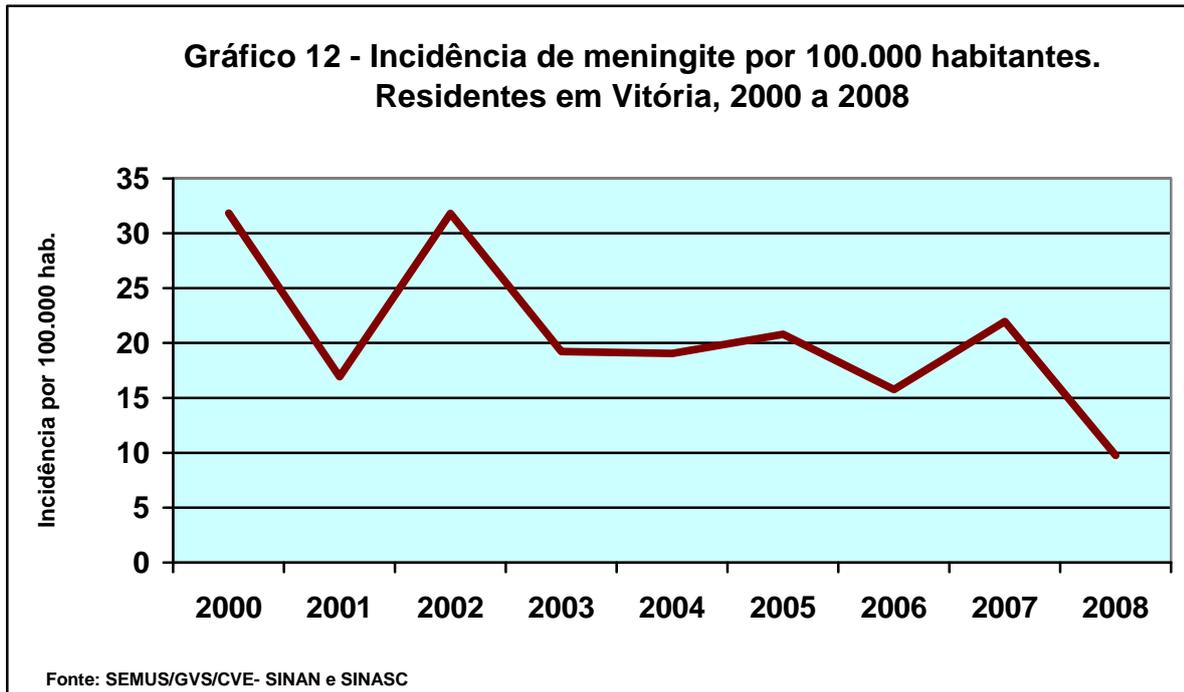
A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Centro de Controle de Zoonoses, desenvolve um intenso trabalho de vigilância a raiva: observação de animais agressores, profilaxia da raiva humana, vacinação e esterilização de animais. O último caso de raiva humana (e conseqüente óbito), no município de Vitória ocorreu em 1981. No entanto persiste a circulação do vírus rábico na cidade. Foram detectados dois casos positivos em morcegos nos anos de 2006 e 2007. Embora seja notória a circulação do vírus rábico e o grande número de pessoas agredidas por animais, a Saúde foi impedida por força de lei de realizar o recolhimento de animais errantes.

A sífilis congênita apresentou oscilações ao longo do período. Em 2007 aconteceram 21 casos da doença e em 2008 foram notificados 06 casos. Essa redução pode ser atribuída às ações de vigilância epidemiológica, aplicação de penicilina nas Unidades de Saúde, melhoria da atenção ao Pré-natal e ações conjuntas entre as Coordenações de Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica, Avaliação, Informações de Saúde e as Unidades de Saúde, mediadas pelos debates proporcionados pelo Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (M&A).

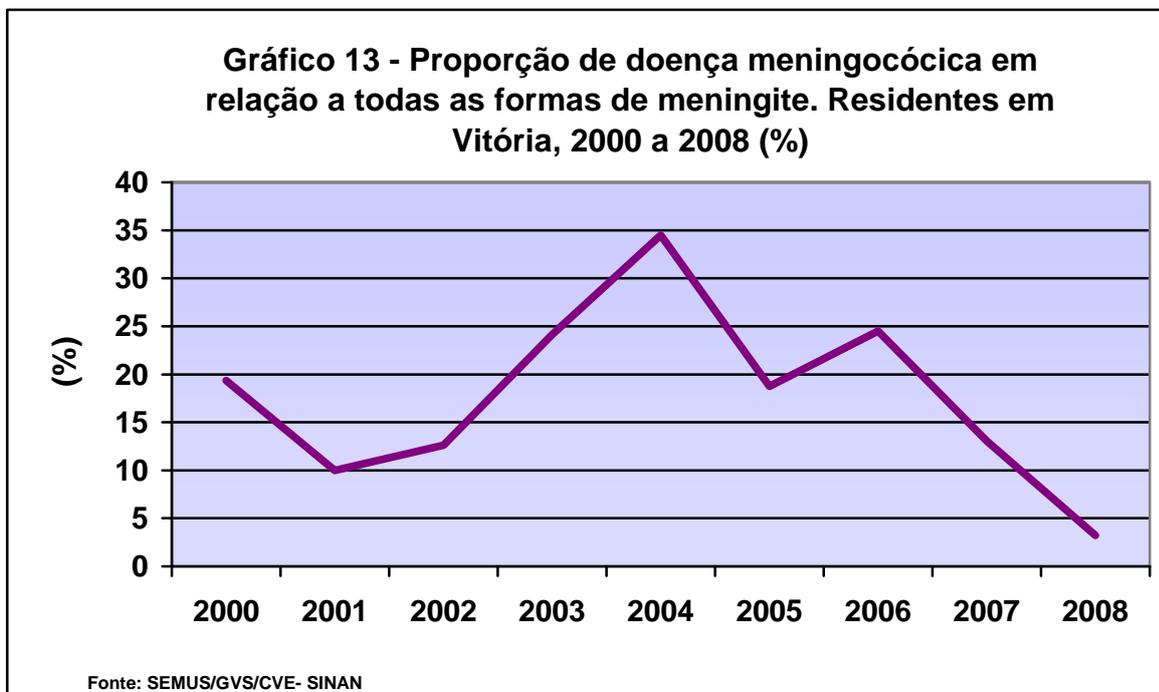
O gráfico 11 demonstra a incidência de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos de 2000 a 2008.



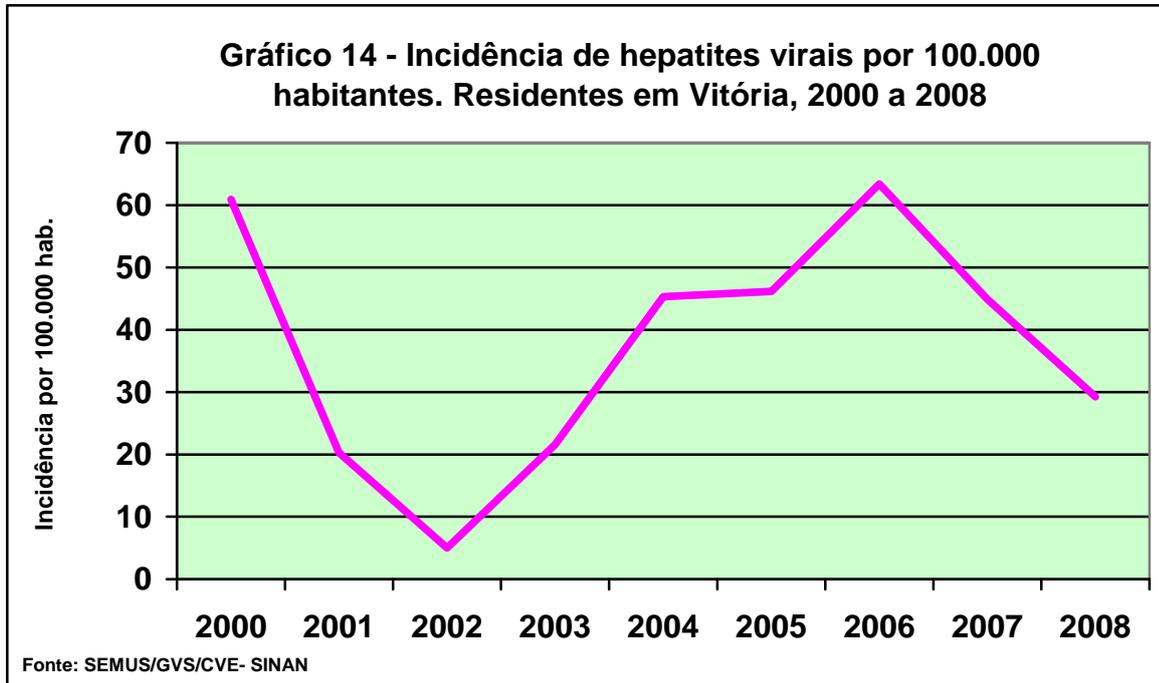
Outro importante agravamento, a meningite, apresentou oscilações em sua incidência ao longo do período. Em média a incidência girou em torno de 21 por 100.000 habitantes (gráfico 12).



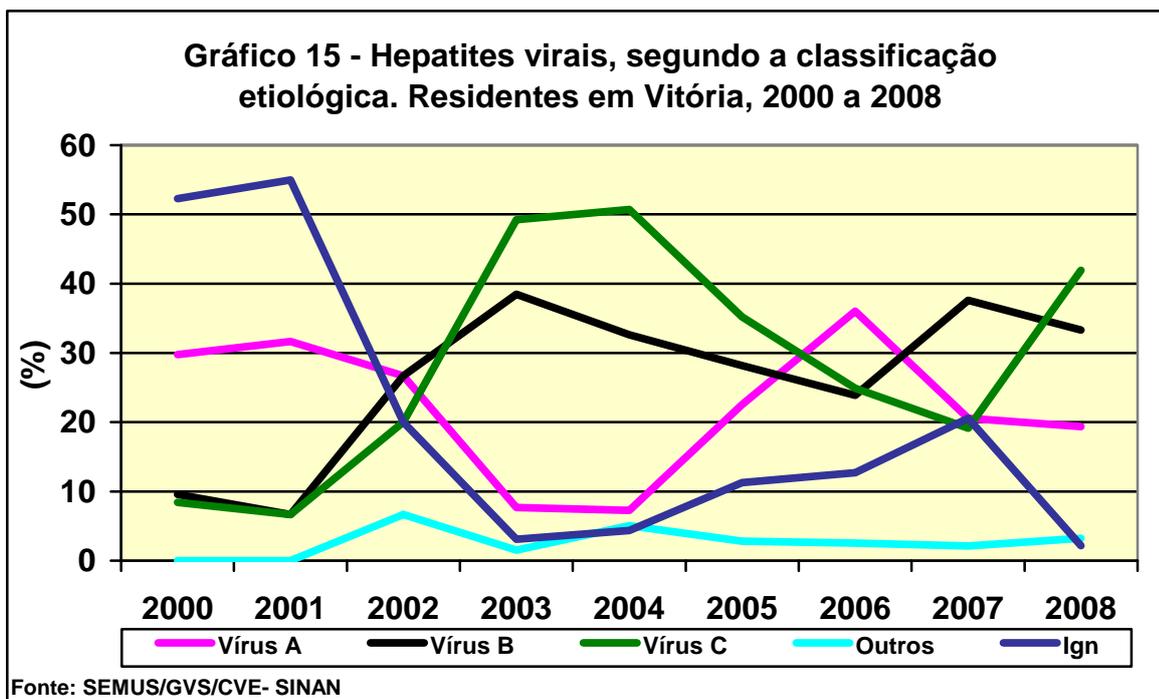
A proporção de doença meningocócica de 2000 a 2008 foi de aproximadamente 18% em média. Em 2004, esse percentual foi de quase 35% e em 2008 atingiu o menor valor no período: 5,3% (gráfico 13).



As hepatites virais também não apresentaram incidência constante. A menor e a maior incidências foram observadas em 2002 e 2006, respectivamente, conforme demonstrado no gráfico 14. Em 2008 o município pactuou confirmar, por meio de sorologia, no mínimo 80% dos casos de hepatites B e C notificados. Praticamente 97% desses casos foram confirmados laboratorialmente.

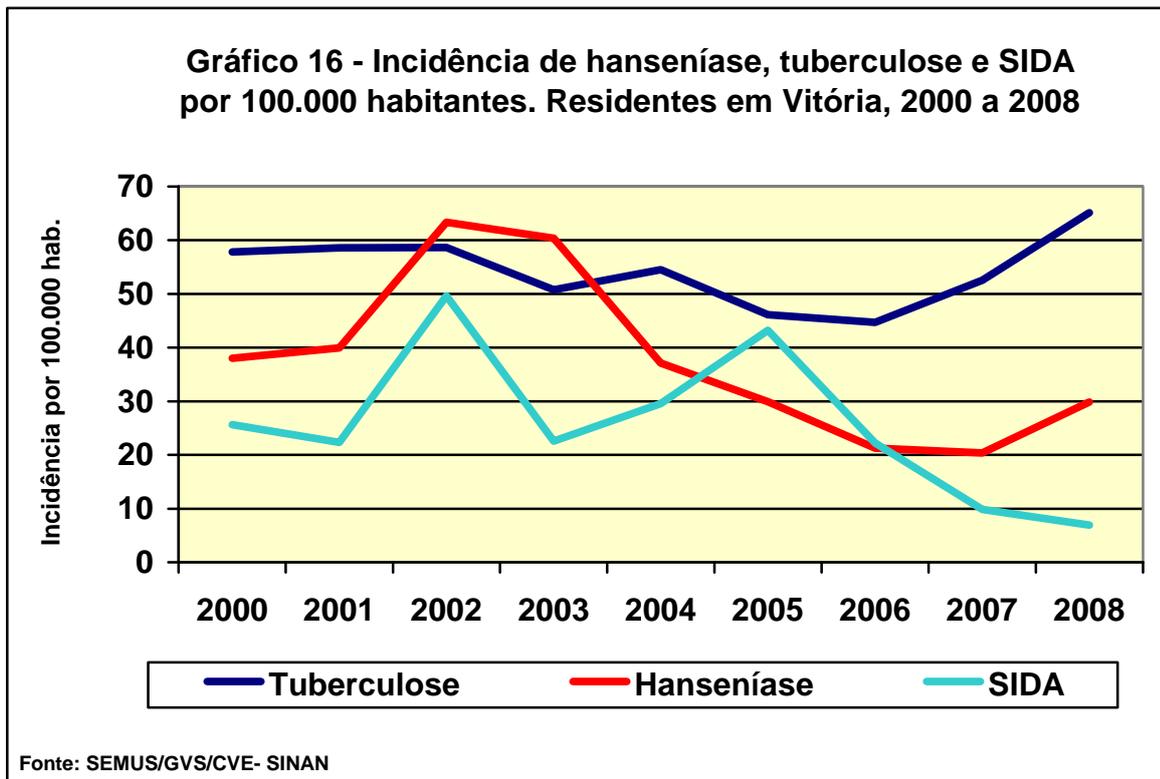


Quanto à classificação etiológica, há uma predominância do tipo C, em média 28%. No entanto a tipo B aparece muito próxima, 26%. Cabe ressaltar que em aproximadamente 22% dos casos não foi possível identificar a classificação etiológica, fato que compromete as análises epidemiológicas sobre o agravo



As doenças transmissíveis de caráter crônico (hanseníase, tuberculose e SIDA) apresentaram variações diferenciadas em suas taxas de incidência (gráfico 16). A incidência da hanseníase subiu até 2002, quando começou a decrescer, atingindo seu nível mais baixo em 2007 e voltando a crescer em 2008. A tuberculose apresentou-se estável até 2002, a partir daí oscilou até 2006 e voltou a crescer em 2007 e 2008. A SIDA apresentou variações ao longo do período, com picos em 2002 e 2005, a partir daí observa-se uma queda acentuada até 2007 e volta a subir em 2008.

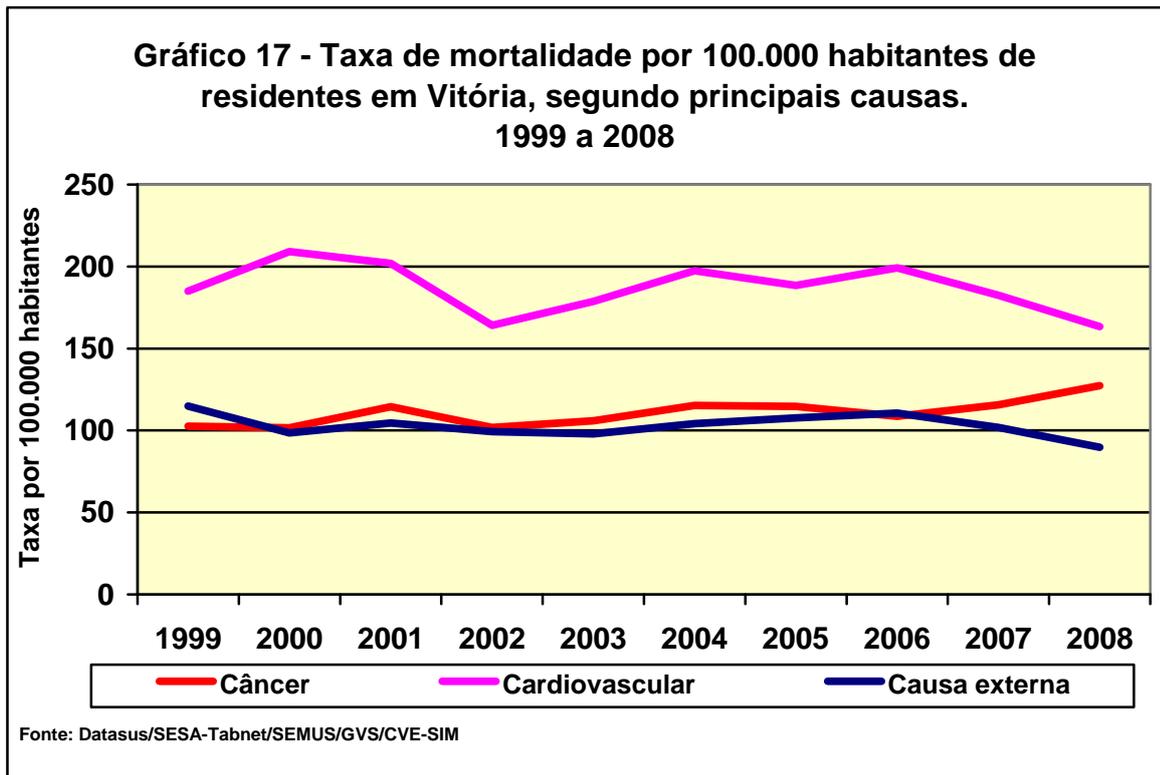
Dentre os indicadores pactuados para 2008, dois deles referem-se a tuberculose e hanseníase. Pactuou-se a cura de 85% dos casos de tuberculose e 90% dos de hanseníase. Alcançou-se 85,71% e 93,15%, respectivamente para as referidas doenças.



Mortalidade

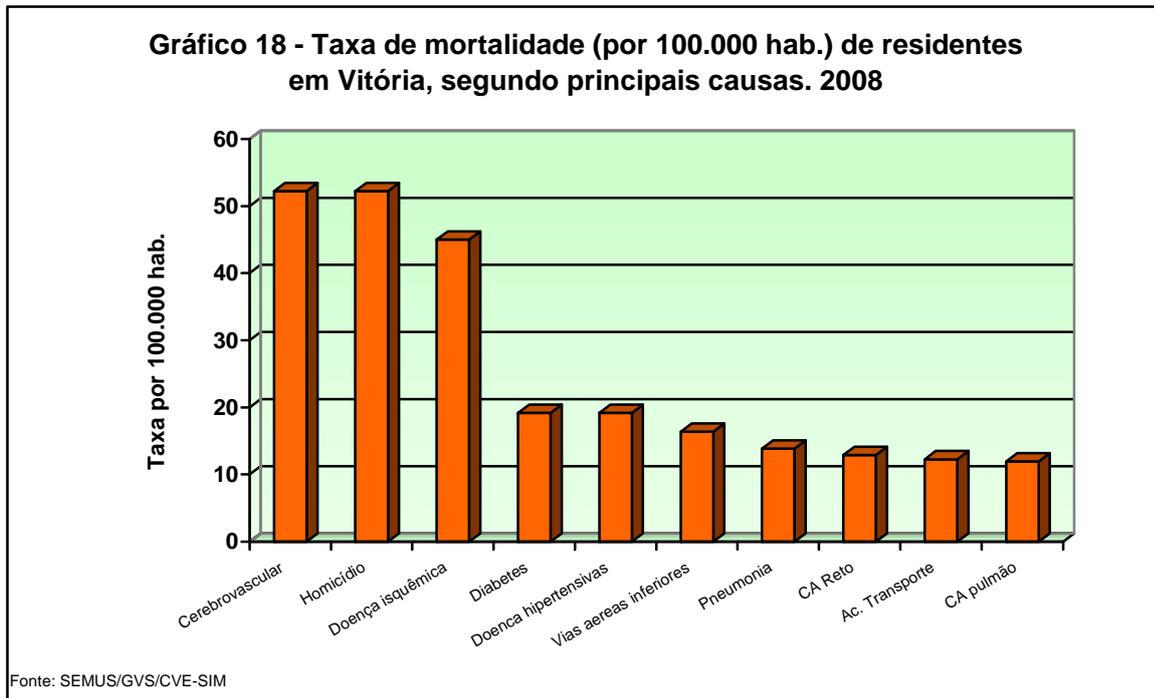
Em 2008 foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 1.795 óbitos de residentes em Vitória. As doenças do aparelho circulatório, os cânceres e as causas externas representaram aproximadamente 66% dessa mortalidade.

As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares sempre se apresentaram em patamares elevados ao longo dos últimos 10 anos, no entanto há quedas significativas a partir de 2006 (gráfico 17). Os cânceres e as causas externas sempre apresentaram taxas muito próximas, porém nota-se uma tendência de crescimento nas taxas de mortalidade pelas neoplasias.

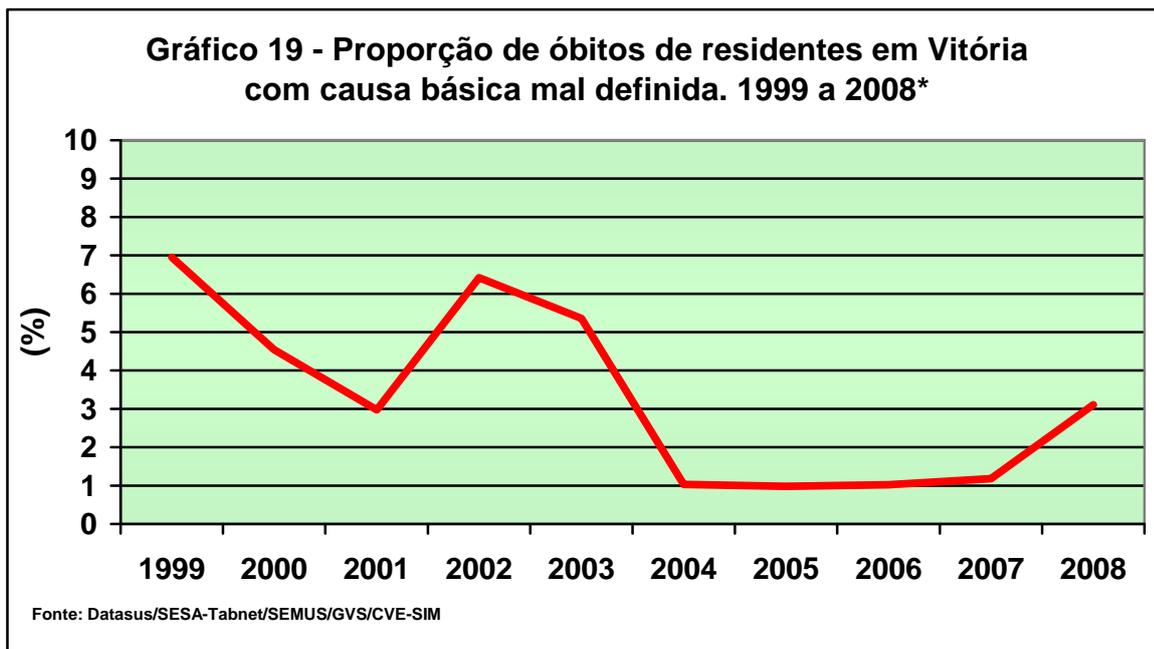


Ao se investigar as causas específicas de óbito no interior dos grupos acima citados, as doenças cérebro vasculares responderam por 34,65% dos óbitos por patologias cardiovasculares. Nas neoplasias, aproximadamente 11% foram câncer de colo, reto e ânus, enquanto os homicídios representaram quase 65% das causas externas.

O gráfico 18 apresenta as taxas de mortalidade pelas principais causas.



A SEMUS atua no sentido de reduzir a proporção de óbitos com causa básica mal definida. A investigação dos óbitos infantis (< 01 ano) e de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) é de responsabilidade do Comitê de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materno-infantil (COPEMI). Os óbitos por acidentes e violências são investigados pelo Núcleo de Prevenção da Violência (NUPREVI). Os demais óbitos são pesquisados pelos técnicos do SIM. Esse trabalho proporcionou a redução do percentual de óbitos com causa básica indefinida, conforme demonstra o gráfico 19.



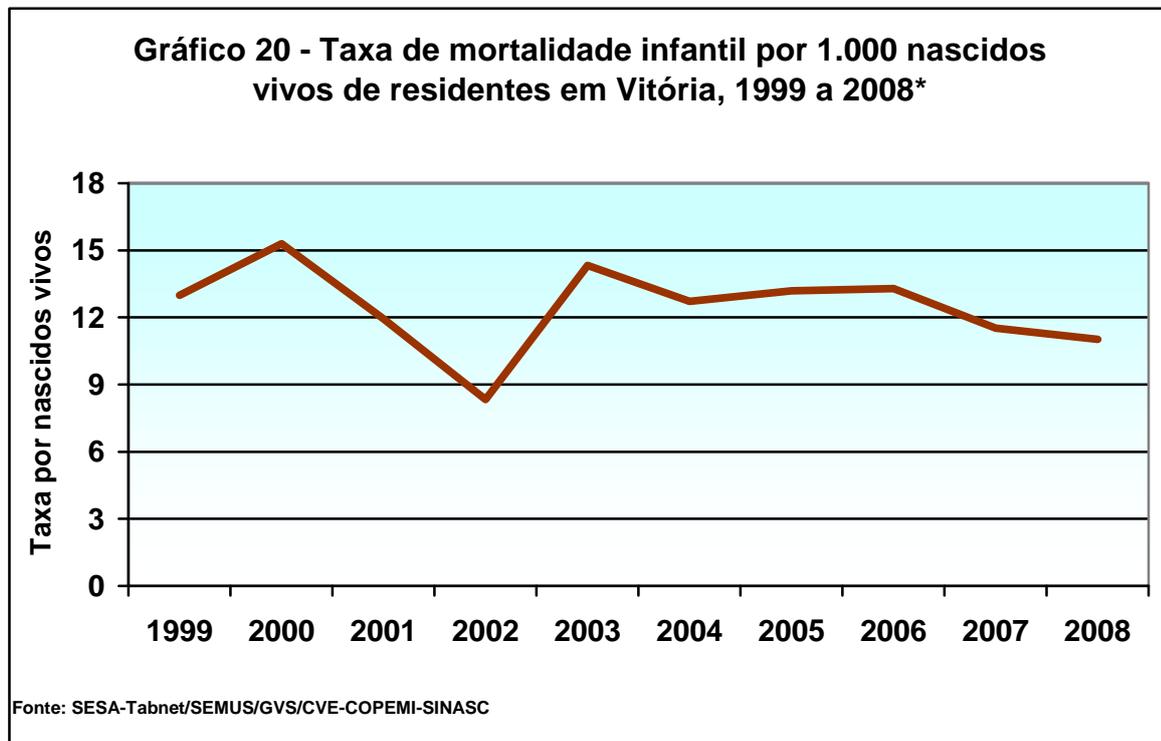
A mortalidade infantil vem apresentando tendência a queda desde 2006. Em 2000 observou-se a maior taxa na mortalidade durante o período analisado. A menor taxa verificada aconteceu em 2002, quando apresentou um decréscimo de quase 29% em relação ao ano anterior, no entanto sofreu um acréscimo de 72% no ano seguinte, sendo que as afecções no período perinatal foram as principais responsáveis por essa elevação, pois suas taxas específicas quase que dobraram. A partir de 2003 a taxa variou apresentando pequenas oscilações, conforme demonstra o gráfico 20.

Tabela 11 – Óbitos infantis de residentes em Vitória, segundo condição de evitabilidade 2008

CONDIÇÃO DE EVITABILIDADE	nº	%
Por adequada atenção a mulher na gestação	20	41,67%
Por adequada atenção a mulher no parto	06	12,50%
Por ações de promoção da saúde vinculadas a atenção básica	05	10,42%
Por adequada atenção ao feto e ao recém nascido	01	2,08%
Por ações de imunoprevenção	01	2,08%
Não evitável	13	27,08%
Em discussão no COPEMI	00	0,00%
Mal definida	02	4,17%
TOTAL	48	100,00%

Fonte: SEMUS/GVS/CVE-COPEMI

Em 2008 aconteceram 48 óbitos infantis em Vitória, a maior parte deles se enquadravam na categoria evitáveis (tabela 11). Grande parte (33) aconteceu no período neonatal e 15 no pós neonatal. O município pactuou a investigação de 100% dos óbitos de crianças menores de 01 ano, que foram investigados pelo COPEMI.

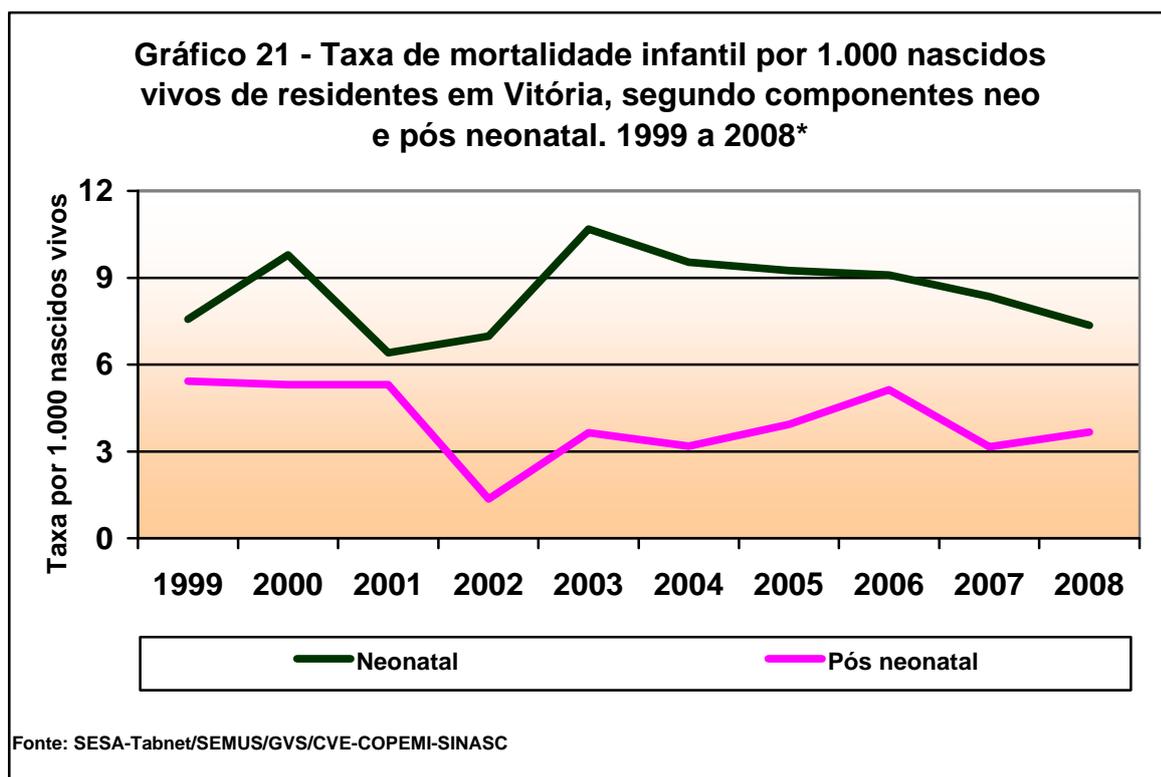


O COPEMI atua na investigação e melhor definição da causa básica desses óbitos. Seu trabalho contempla ainda a discussão com as equipes nas unidades de saúde sobre as circunstâncias que influenciaram no desfecho óbito. Todos os dados relativos às investigações são debatidos em reunião envolvendo toda equipe do COPEMI a cada 15 dias. Os dados são repassados a Coordenação de Informações em Saúde, onde recebem um tratamento estatístico antes de serem encaminhados para os demais setores.

Ainda sobre a mortalidade infantil, o município de Vitória pactuou metas relativas às taxas de mortalidade infantil neonatal (óbitos ocorridos antes do 28º dia de vida) e pós neonatal (óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida e antes de completar um ano).

Em 2008 a taxa de mortalidade neonatal foi 7,58 óbitos por 1.000 nascidos vivos (pactuado < ou = 7,85) e a taxa da mortalidade pós neonatal foi de 3,44 (pactuado < ou = 2,99). Os óbitos neonatais guardam uma grande associação com as condições do pré natal e do parto. Praticamente 73% desses óbitos foram causados por afecções originadas no período perinatal. Já os óbitos pós neonatais apresentam associação com as condições ambientais (doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, causas externas).

O gráfico 21 demonstra as taxas de mortalidade infantil no município de Vitória, segundo os componentes: neonatal e pós neonatal ao longo dos dez últimos anos.



Além da mortalidade infantil, o COPEMI também investiga todos os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), objetivando-se identificar óbitos por causas maternas. No entanto esse trabalho de apuração da causa básica do óbito permite traçar o perfil epidemiológico da mortalidade feminina nesse grupo etário, conforme demonstra a tabela 12, que compara a mortalidade na população total com a mortalidade de mulheres em idade fértil.

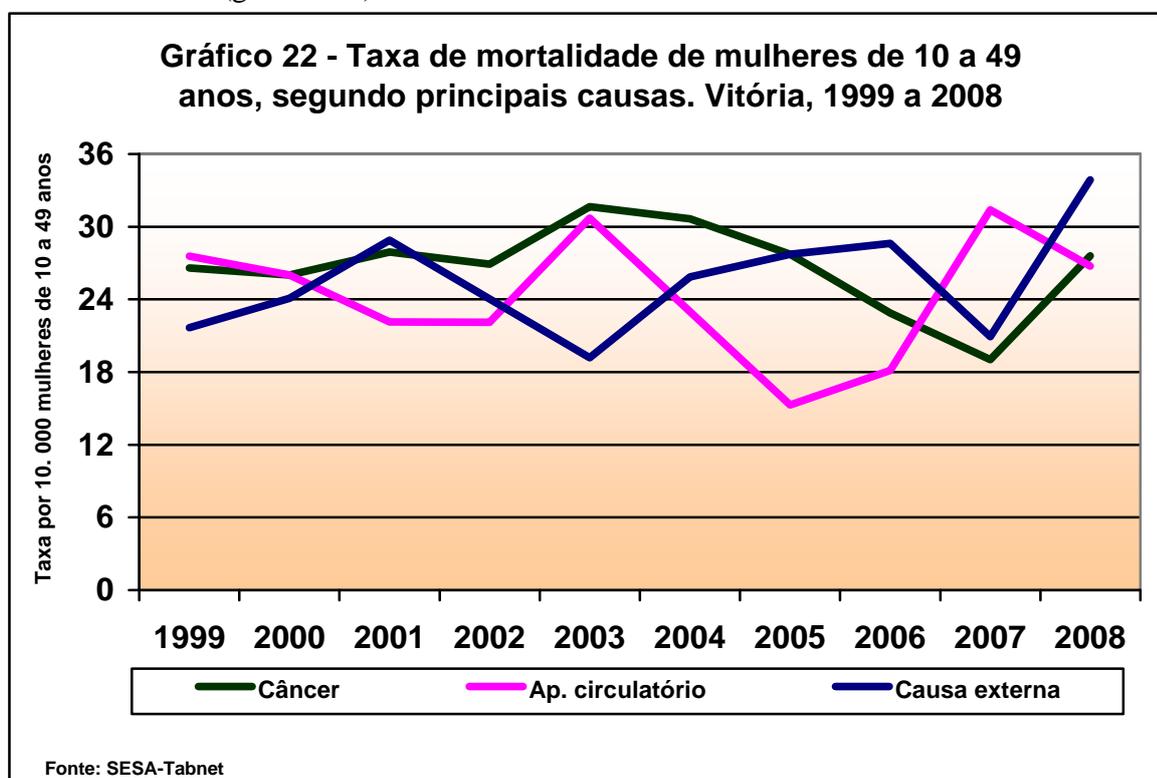
Tabela 12 – Mortalidade no município de Vitória, segundo causa e por população geral e população feminina entre 10 e 49 anos. 1999 a 2008

CAUSA DO ÓBITO	POPULAÇÃO TOTAL		POPULAÇÃO FEMININA DE 10 A 49 ANOS	
	nº	%	nº	%
Doenças cardiovasculares	5.663	31,47%	252	21,14%
Cânceres	3.357	18,66%	283	23,74%
Causas externas	3.073	17,08%	253	21,22%
Doenças respiratórias	1.208	6,71%	43	3,61%
Doenças digestivas	837	4,65%	69	5,79%
Doenças endócrinas	897	4,98%	49	4,11%
Doenças infecciosas	661	3,67%	93	7,80%
Demais causas	2.299	12,78%	150	12,58%
TOTAL	17.995	100,00	1.192	100,00

Fonte: SESA-Tabnet

Entre 1999 e 2008 ocorreram 1.189 de mulheres de 10 a 49. Os cânceres, as doenças cardiovasculares e as causas externas representaram 66% desses óbitos. Entre esse grupo etário feminino, chama a atenção o fato das causas externas responderem por 21% dos óbitos, percentual maior que o verificado na população geral, a exemplo do câncer, que além de apresentar proporcionalmente maior impacto na mortalidade feminina em relação a população total, configura-se como a principal causa de óbito entre as mulheres. Nesse período os óbitos maternos representaram 1,35% dos óbitos femininos.

No grupo etário feminino de 10 a 49 anos, os cânceres apresentaram a maior taxa de mortalidade em grande parte do período analisado. Suas taxas de mortalidade apresentaram quedas de 2003 a 2007, mas volta a subir de forma significativa em 2008. As causas externas apresentaram oscilações e tendência a redução em 2008, comportamento semelhante verificado nas doenças cardiovasculares (gráfico 22)



4. SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Sistema Municipal de Saúde compõe-se da legislação do Sistema Único de Saúde, das políticas e diretrizes fixadas pelo Município, dos órgãos da administração local, dos dirigentes de saúde, da rede física, dos recursos humanos, dos financeiros e dos usuários do sistema, estes representados nos Conselhos e nas Conferências Municipais de Saúde.

Aqui detalharemos as três linhas de sustentação da Política Municipal de Saúde de Vitória, ou seja, o tripé de governança do Sistema Municipal de Saúde, entendido como os “padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema” (Santos, 1997, p. 342).

O tripé de Governança constituído pela Atenção Integral à Saúde do Cidadão, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS também estão inscritas no PPA 2010/13 como Programas de Governo Finalísticos.

4.1. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO CIDADÃO

A Atenção Integral à Saúde do Cidadão além de ser um programa de governo expresso no Plano Plurianual de Ações (PPA) é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Em Vitória é organizada através de uma rede de serviços para dar acesso ao cidadão na Atenção Básica; na Especializada, na Urgência e Emergência, Assistência Farmacêutica e Laboratorial visando à integralidade do cuidado em saúde.

O município vem acumulando experiências e registrando avanços importantes no setor saúde, a partir do processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, o que tem favorecido a melhoria das condições de saúde e contribuído para a qualidade de vida da população.

- **ATENÇÃO BÁSICA**

Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Nesse nível de atenção o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. O fortalecimento da Atenção Básica estabelece novas estratégias e ações e redefine a rede de serviços e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, avançando na organização e oferta de serviços dos demais níveis de atenção, objetivando o cuidado integral em saúde.

A atenção básica tem como atribuições:

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

Ao aderir ao Pacto pela Vida em 2007, o município de Vitória considera como prioridade o fortalecimento da atenção básica, visando alcançar os seguintes objetivos:

- a) Assumir a Estratégia Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças locais/regionais;
- b) Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- c) Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços;
- d) Participar do financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- e) Aprimorar a inserção dos profissionais da atenção básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;
- f) Implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica com vistas à qualificação da gestão descentralizada;

- **ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

O município de Vitória vem ao longo dos anos ampliando seus serviços de saúde. Com a assinatura do Pacto pela Saúde, Portaria nº 13 de 08 de Janeiro de 2008, que homologa o Termo de Compromisso de Gestão - TCG e publica o Termo dos Limites Financeiros Globais - TLFG do Município de Vitória, no Estado do Espírito Santo, a proposta foi assumir a Média e Alta Complexidade Ambulatorial para seus municípios.

O princípio da integralidade da assistência que, dentre outros, norteia o Sistema Único de Saúde – SUS (entendido como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde), é um grande desafio que gestores em saúde têm em diferentes níveis de gestão. A organização dos serviços de saúde visando garantir a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, ao indivíduo e à coletividade, é algo que vem sendo construído ao longo da criação do SUS.

O Município vem se organizando no sentido de ofertar serviços de Média e Alta complexidade Ambulatorial, buscando garantir integralidade da atenção para a resolução dos problemas de saúde da sua população, por meio da ampliação do acesso a serviços especializados. Dentre as funções estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a Atenção Especializada no município tem como objetivos:

1. Organizar o serviço especializado de referência para assistência de média e alta complexidade ambulatorial, com vistas a viabilizar a integralidade da atenção aos usuários do SUS/Vitória, por meio da ampliação, da disponibilização e de garantia de acesso a população;
2. Organizar a oferta de ações e serviços de saúde e o fluxo do usuário, visando o acesso da população, segundo suas necessidades;
3. Propiciar os atendimentos aos usuários SUS referenciados pela rede municipal de serviços que demandem serviços de média complexidade;
4. Organizar a referência e contra-referência dos usuários das Unidades Básicas de Saúde e demais serviços da rede de saúde, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde;
5. Integrar recursos humanos especializados e alta tecnologia;
6. Organizar o sistema municipal estabelecendo mecanismos técnicos (protocolos clínicos, operacionais) padronizados e pactuados, visando a equidade do atendimento por meio de normas, rotinas e fluxos definidos e pactuados.

- **ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EMERGENCIAS**

O Município de Vitória vem participando da organização da Rede de Atenção a Urgência e Emergência, buscando garantir o cuidado e a resolução dos problemas de saúde da sua população, em consonância com a legislação em vigor.

As Urgências e Emergências são um componente importante da assistência à saúde. A Atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas de Saúde até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e

reabilitação. O Ministério da Saúde, a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.862/2003) orienta que a atenção integral às urgências deve ser implementada a partir dos seguintes componentes fundamentais:

1) adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

2) organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:

(a) componente pré-hospitalar fixo: unidades básicas de saúde e equipes de agentes comunitários de saúde - ambulatórios especializados - serviços de diagnóstico e terapias - e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências;

(b) componente pré-hospitalar móvel: serviço de atendimento móvel de urgências (Samu) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com o número de telefone único nacional para urgências médicas – 192;

(c) componente hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;

(d) componente pós-hospitalar: modalidades de atenção domiciliar - hospitais-dia e projetos de reabilitação integral com componente de reabilitação de base comunitária;

3) instalação e operação das centrais de regulação médica das urgências integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;

4) capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em Saúde, onde devem estar estruturados os Núcleos de Educação em Urgências (normatizados pela portaria nº 2.048 de 2002);

5) orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

- **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória se propõe a ampliar o acesso da população a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes, ampliar o acesso a uma dispensação qualificada com orientações farmacêuticas e a promover o uso racional dos medicamentos por meio da elaboração do Memento Terapêutico e das capacitações para os profissionais de saúde.

- **APOIO DIAGNÓSTICO**

O Apoio Diagnóstico em patologia Clínica tem como missão dar suporte ao diagnóstico clínico com precisão, exatidão e agilidade necessárias e suficientes à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, otimizando os recursos existentes e garantindo a resolubilidade e satisfação do usuário.

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória busca a manutenção e ampliação da coleta de exames laboratoriais descentralizados nas Unidades Básicas de Saúde, Prontos Atendimentos e Centros de Referência.

4.2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde, que inclui a vigilância e controle das doenças transmissíveis; 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 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 Básica.

Uma estrutura importante que propicia 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), recentemente implantado no Município, aprimorando a capacidade técnica das

equipes de vigilância, quanto ao enfrentamento dos eventos inusitados e de emergência para a saúde pública.

No sentido de efetivar a integração das vigilâncias faz-se necessário a institucionalização do espaço de discussão e deliberação de questões coletivas inerentes a gestão (Colegiado Gestor de Vigilância em Saúde).

A descentralização das ações das vigilâncias de forma articulada com as ações da atenção á 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.

- **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

A missão do Serviço de Vigilância Epidemiológica é coordenar, normatizar e divulgar informações do processo saúde-doença no município de Vitória. Além de subsidiar o planejamento, tomada de decisão, execução, monitoramento e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos nesse nível de atenção.

- **VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

A lei 8080/90, que organiza o Sistema Único de Saúde define a Vigilância Sanitária como um *“conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:*

I- o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos da produção ao consumo; e

II- o consumo da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

A Vigilância Sanitária é também um conjunto de conhecimentos sobre a produção de saúde e de doenças. É um conjunto de regras (procedimentos técnicos) consideradas potentes para assegurar saúde às pessoas; uma organização com poder legal, e um campo de conhecimento especializado, que tem por objeto a proteção e a promoção da saúde da população.

- **VIGILÂNCIA AMBIENTAL**

A incorporação da Vigilância Ambiental no campo das políticas públicas de saúde é um fato relativamente recente. A Vigilância Ambiental é uma prática de elevada relevância para a

saúde da coletividade, e tem como objetivo: identificar e definir ações para a prevenção de agravos e controle de riscos advindos do meio ambiente.

O município de Vitória vem organizando essa vigilância baseada na Vigilância de Fatores de Risco Biológico - que compreende o Controle de Vetores, Controle de Animais Reservatórios e o Controle de Roedores e Animais Sinantrópicos - e na Vigilância de Fatores de Risco não Biológico, que compreende a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, Vigilância da Qualidade do Ar e a Vigilância de Populações Expostas a Solos Contaminados.

A Vigilância Ambiental é operacionalizada a partir do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), em atividade desde 1997.

- **SAÚDE DO TRABALHADOR**

A Vigilância à Saúde do Trabalhador desenvolve um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

4.3. GESTÃO DO SUS

Os gestores do SUS nas esferas Municipal, Estadual e Federal são responsáveis solidários pela integralidade da atenção à saúde da população do seu território. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão (atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria), incluindo:

- 1) Execução dos serviços públicos de responsabilidade de cada esfera de gestão;
- 2) Destinação de recursos do orçamento próprio e a utilização do conjunto dos recursos da saúde, com base nas prioridades definidas por esse Plano de Saúde;
- 3) Planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde, sob sua gestão;
- 4) Participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional, estadual e nacional, de modo a assegurar à população o acesso a serviços de maior complexidade não disponíveis em seu território;
- 5) Apoio à qualificação do processo de controle social e de participação popular.

Para a consecução dessas atribuições é necessário ter um Modelo de Atenção, ou seja, certo modo de combinar tecnologias e técnicas para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas, uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde.

O **Modelo de Atenção à Saúde** proposto pelo SUS incorpora os princípios de acesso universal, no qual qualquer cidadão brasileiro tem o direito de acessar serviços de saúde com qualidade; integralidade da assistência, ordenando o cuidado com a saúde nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade; participação social em todos os espaços de decisão e avaliação, inclusive do financiamento do SUS, do que se tem denominado “Atenção Básica à Saúde”, e de suas relações com os demais níveis do sistema.

A expansão e a qualificação da Atenção Básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, superam a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Para o Município de Vitória a **Vigilância em Saúde e a Saúde da Família** constituem eixos estruturantes para a Atenção à Saúde prestada pelo Sistema Único de Saúde de Vitória.

A Vigilância em Saúde 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.

A Saúde da Família é entendida como uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco.

Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Organizada sobre bases territoriais, onde a distribuição dos serviços segue uma delimitação de áreas de abrangência.

O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura.

A Gestão Municipal de Saúde convencida dos ensinamentos de Avedis Donabedian vem construindo o Projeto Saúde em Vitória a partir dos conceitos de **ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO**, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas (input-process-output), onde:

ESTRUTURA - corresponde às características mais estáveis da assistência à saúde, são os objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços.

CONSTRUÇÃO	REFORMA	PROJETOS	DESAPROPRIAÇÕES	ALUGUEL
UBS Andorinhas	UBS Forte São João	CAPS Ad Ampliação	UBS. Cruzamento	U.B.S. Ilha das Caieiras
UBS São Cristóvão	UBS Ilha das Caieiras	CAPS Adulto e Infantil	(processo judicial)	•CAPS Infantil
UBS Ilha das Caieiras	Farmácia Popular	UBS Grande Vitória	UBS. Santo Antônio	•Almoxarifado
CAPS São Pedro		UBS Santo Antônio	(processo judicial)	Central/Apoio
CME São Pedro		UBS Fonte Grande	UBS. Fonte Grande	•Base do Samú-192-Maria
UBS São Pedro V		UBS Cruzamento	(processo judicial)	Ortiz
UBS Arivaldo Favalessa		UBS Santa Tereza	UBS. Grande Vitória	•Farmácia Popular
		UBS Thomaz Tommasi	CRDST/AIDS	•Vigilância Sanitária
		UBS Ilha de Sta Maria	UBS Santa Tereza	•U.S Andorinhas

- Concursos Públicos Plano de Carreira Mesa de Negociação
- Capacitações e cursos de especialização

PROCESSO - todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. É sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspectos éticos e da relação médico/profissional/equipe de saúde-usuário. De certa forma, tudo o que diz respeito ao tratamento diretamente e no momento em que ele está ocorrendo pode ser considerado como processo.

- Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (M&A) nos Territórios com a participação do profissional de Saúde Pública.
- Implantação das Equipes Matriciais (Saúde Mental, Idoso e Saúde da Mulher), onde o saber especializado apóia as Equipes de Referencia e por elas são apoiados.
- APOIO INSTITUCIONAL para consolidação do Modelo de Atenção, com assessoria da UNICAMP.
- Fortalecimento dos Espaços Coletivos de Gestão (Comitê Gestor, COGER, Colegiado de Gerentes e Colegiados de Gestão dos Serviços)

RESULTADO - produto final da assistência prestada, considerando o resultado da assistência e a satisfação das expectativas do usuário.

- Ampliação da oferta de serviços
- Princípios Norteadores e Diretrizes Operacionais do Atendimento ao Público nos Serviços da Rede SEMUS (Diretrizes de Acolhimento)
- Cobertura dos indicadores de saúde
- Satisfação do Usuário

No Pacto de Gestão acordamos um conjunto de responsabilidades comuns as três esferas de governo e específicas em relação às necessidades de saúde dos usuários do SUS Vitória.

A partir desta pactuação o Município de Vitória assumiu a Gestão dos Serviços de Média e Alta Complexidade Ambulatorial; os serviços de Patologia Clínica com responsabilidades relativas à Regulação, Controle e Avaliação; implantar a Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados; a Gestão dos Serviços de Referência Intermunicipais, através da Pactuação Microrregional, de acordo com a PPI Estadual; a Co-gestão (SEMUS/SESA) dos prestadores situados no Município de Vitória, inicialmente Consultas e Exames Especializadas de Média complexidade; ampliar a área de abrangência do Complexo Regulador, de acordo com a referência estabelecida na PPI - Macrorregional Centro Vitória; Revisar a PPI, em parceria com a SESA; construir (em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde) cinco linhas prioritárias de cuidado, ou seja, Mulher, Criança, Urgência/Emergência, Idoso e Hipertensão/Diabetes; implementar a Política Municipal de Promoção da Saúde e ainda iniciar o processo de fortalecimento da estrutura gerencial e reguladora com a implantação do Complexo Regulador para avançar posteriormente na Gestão dos demais Serviços de Saúde.

• **REGULAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO**

Na nova lógica do Pacto de gestão faz-se necessário que sejam desenvolvidos novos métodos de controle e avaliação que forneçam subsídios para análise da adequação da organização do Sistema e do modelo de gestão, das facilidades de acesso e da qualidade assistencial em função do impacto das ações e serviços sobre a saúde da população, privilegiando a perspectiva de avaliação da satisfação do usuário.

A Política de Regulação da Atenção à Saúde deve ter como objetivo implementar uma gama de ações meio que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações. Deve,

portanto articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores, regular as ações e serviços de saúde tais como: fazer dos contratos pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos assistenciais e programar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores.

- **AUDITORIA EM SAÚDE**

As ações de auditoria, vertentes do processo gestor, devem acompanhar os sistemas descentralizados da gestão, de forma a garantir o cumprimento dos princípios norteadores do SUS. Com a evolução da descentralização das ações e serviços de saúde e os respectivos recursos financeiros, a auditoria vem se fortalecendo gradualmente, para verificação do bom uso dos recursos.

A Auditoria vem modificando seu modo de operar agrega às suas funções a verificação do impacto da aplicação desses recursos, para promover a atenção integral à população e seu grau de satisfação em relação aos serviços que lhes são prestados.

Conceitualmente, a auditoria constitui-se em um conjunto de técnicas que visam verificar estruturas, processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e determinados critérios técnicos operacionais ou legais, procedendo a exame especializado de controle na busca da melhor aplicação de recurso, visando evitar ou corrigir desperdícios, irregularidades, negligências e omissões.

A auditoria verifica/constata, por meio de exame analítico a legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como da regularidade dos atos técnicos praticados no âmbito do SUS por pessoas físicas e jurídicas integrantes ou participantes do sistema. O trabalho engloba o exame sistemático e independente para determinar se ações, serviços e sistemas de saúde encontram-se adequados na sua estrutura, processos e resultados e quanto aos aspectos de eficácia, eficiência e efetividade, na gestão do SUS.

Na prática operacional da auditoria podem ser utilizadas técnicas de observação, medição, ou outras ferramentas apropriadas, objetivando verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados de acordo com as disposições previstas nos instrumentos de planejamento e gestão. Sua ação deve ter, essencialmente, caráter educativo e ser isenta de pressão política. Visa à otimização/diminuição de custos e prover a gestão de elementos para que possa analisar criticamente suas ações e os serviços que são colocados à disposição dos usuários.

É uma ferramenta para o aprimoramento do sistema à medida que propicia subsídios para a tomada de decisões.

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

Em 2006, o Pacto de Gestão, inserido no documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, vem fortalecer as ações de auditoria com definições de ações no Termo de compromisso de Gestão, incluindo iniciativas de financiamento para os componentes da gestão do SUS.

- **INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

A demanda por informações em saúde vem aumentando os desafios inerentes a sua utilização para subsidiar a tomada de decisões. Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias. É um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o SUS.

No novo modelo de assistência à saúde, é preciso reverter à atual situação de centralização de dados, de limitação do uso dos mesmos, da demora com que são analisados e que retornam para o nível local, idealizando um novo sistema em que os dados passem a ser analisados no próprio território, gerando de forma oportuna subsídios para o planejamento e para as ações em saúde, bem como de ações para a melhoria da qualidade dos dados. Com esse objetivo foi retomada a Coordenação de Informação que passou por momentos de estagnação e teve suas atividades (re)iniciadas em 2008.

- **GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

Nos últimos quatro anos de gestão municipal, a Secretaria Municipal de Saúde implantou um conjunto de ações que atendessem a necessidade de: realização de concursos públicos e conseqüente efetivação de uma parcela considerável de trabalhadores; implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos; instituição de uma política salarial; criação de uma gratificação em saúde; implantação da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS; implantação da avaliação de estágio probatório e alteração da lógica de vínculos trabalhistas precários, até então instituídos na saúde.

A Gestão do Trabalho é permeada por conflitos que interferem de forma decisiva na qualidade dos serviços prestados. Entretanto, os problemas e as soluções deverão ser enfrentados

por gestores e trabalhadores, mediante a participação de todos e/ou seus representantes a fim de garantir a qualidade das ações e serviços de saúde produzidos pelo trabalhador da saúde.

- **GESTÃO DA FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Vitória adota a lógica da Política de Educação Permanente em Saúde como diretriz orientadora para a gestão dos processos formativos em saúde. Nesse sentido, tem investido em ações estruturantes voltadas à adequação de seus recursos físicos e humanos para a consolidação de uma política de educação na saúde, que tem como pressuposto a participação ativa de todos os atores que compõem o campo da saúde.

A reorientação dos pressupostos técnicos metodológicos fundamenta-se na aprendizagem significativa, que compreende que as mudanças comportamentais e técnicas decorrentes da aquisição de novos conteúdos e informações só se produzem quando articuladas à realidade vivida e experienciada.

Daí a importância de construir ações educativas voltadas à realidade local, apoiadas nas práticas educativas de saúde, no encontro das ações intencionais que buscam a construção de significados para os saberes, as representações e as informações que a população apresenta sobre sua saúde/doença, por meio de atos pedagógicos e comunicativos capazes de conscientizar as pessoas de seu lugar no mundo, produzir subjetividades com o sentido de mudança e desencadear a mobilização para a ação. Fundadas nas orientações da Política Nacional de Gestão Participativa- PARTICIPASUS, articuladas com os recursos disponibilizados pela Portaria 2.344/2009.

- **PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

A participação da sociedade na definição das políticas públicas de saúde tem sido um importante fator no desenvolvimento do SUS. No município de Vitória, os avanços alcançados pela sociedade, através do controle social, fazem parte do dia a dia das ações e serviços de saúde. Ampliar os espaços de controle social deve estar associado a uma política de educação permanente que responda às necessidades dos atores sociais envolvidos.

A iniciativa do Conselho Municipal de Saúde e da SEMUS em submeter ao controle social, através de uma conferência, as diretrizes para construção do Plano Municipal de Saúde colocam o controle social em nossa cidade entre os mais avançados do País. Assim, dar publicidade aos projetos e políticas desenvolvidas pela saúde possibilitará à sociedade e aos atores do controle social se apropriarem destas políticas, como também contribuirão para o seu desenvolvimento.

- **ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SEMUS**

O Governo Municipal, em dezembro/2005, sancionou a Lei nº 6.529 que proporcionou a adequação e a redefinição das atividades da Administração Municipal Direta e a estrutura de seus órgãos e unidades administrativas, observando as seguintes diretrizes:

I- otimização da estrutura organizacional da Administração Direta do Município, de forma a potencializar a eficácia das ações de governo e a ampliação dos benefícios gerados na implementação das políticas públicas municipais;

II- racionalização da estrutura administrativa, através da adaptação dos órgãos e suas unidades, com vistas à eficiência e a qualificação do governo no atendimento das demandas sociais; ampliação e adequação das atividades dos órgãos da administração, visando atender às novas demandas da sociedade;

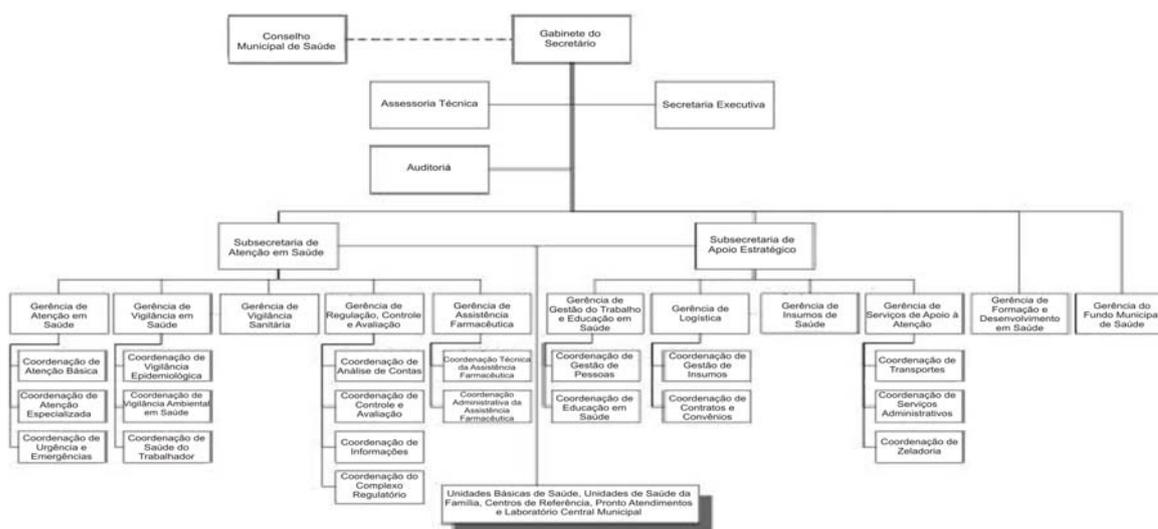
IV- valorização dos recursos humanos que compõe o quadro efetivo da municipalidade.

A partir desse referencial foram editados Decretos específicos para organizar e regulamentar o funcionamento de cada Secretaria Municipal.

No caso da Saúde foram editados os Decretos 12.632, de 13/01/2006 e 13.031, de 09/11/2006, dispendo sobre a organização e funcionamento das unidades administrativas da Secretaria de Saúde.

Essa nova organização tirou a Saúde de anos de informalidade e possibilitou um desenho flexível entre o grupo gerencial, elevando as Coordenações dos Serviços de Saúde à posição de Diretor com responsabilidades sanitárias, co-responsabilizando-se pela atenção integral à saúde da população de seu território, conforme diretrizes e princípios do SUS.

Organograma da Secretaria de Saúde



Anexo I, Decreto 13.031

- **INVESTIMENTOS EM SAÚDE**

O atual Plano de Saúde como a Programação Plurianual de Ações (PPA), assim como os anteriores, comprovam a preocupação da gestão municipal de Vitória com os investimentos em saúde, onde podemos observar a crescente ampliação das despesas com saúde por habitante ano, com a previsão de alcançar em 2010 o valor de R\$ 570,96 por habitante.

Considerando que este valor ainda é insuficiente, a SEMUS vem envidando esforços para incrementar os investimentos na área de saúde, que proporcionem melhoria na qualidade de vida aos usuários do SUS/Vitória.

Quadro. (X) Demonstrativo de despesas com saúde no município de Vitória

Município: Vitória - ES				
Dados e Indicadores	2005	2006	2007	2008
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	284,74	346,48	448,94	481,54
Despesa com recursos próprios por habitante	266,74	328,56	430,28	415,42
Transferências SUS por habitante	56,97	62,01	54,17	64,54
% despesa com pessoal/despesa total	60,51	57,90	63,13	65,65
% despesa com investimentos/despesa total	9,15	11,33	7,89	4,70
% transferências SUS/despesa total com saúde	20,01	17,90	12,07	13,40
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	15,83	17,58	18,47	15,42
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total	10,99	6,50	7,54	7,34
Despesa total com saúde	89.210.496,89	109.864.656,32	140.987.506,34	153.042.812,45
Despesa com recursos próprios	83.571.317,52	104.180.582,55	135.126.700,11	132.028.960,64
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	527.930.983,70	592.698.522,64	731.770.108,55	856.075.906,06
Transferências SUS	17.849.631,22	19.664.006,31	17.013.004,41	20.511.756,65
Despesa com pessoal	53.981.323,79	63.614.068,75	89.009.637,23	100.475.852,54

Fonte: SIOPS

No período de 2006 a 2009 foram entregues 05 novas Unidades Básicas de Saúde (Santa Luiza, Santa Marta, Santo André, Maria Ortiz e Resistência) e o Galpão para guarda de inseticida no CCZ. Nesse período, foram reformadas as Unidades Básicas de Saúde da Grande Vitória, Santo Antonio, Jabour, Santa Maria, Forte São João, Ilha das Caieiras e Santa Tereza; a Farmácia Popular e o Pronto Atendimento da Praia do Suá e a Policlínica São Pedro. A frota de veículos próprios para atuação no CCZ, e veículos com ambulâncias, também foi renovada

Houve um incremento de 95% na oferta de consultas de especialidades a partir de 2006 quando foram realizadas 67.950 consultas, chegando a 2009 com 132.600 consultas realizadas. Nos exames

especializados houve um incremento de 64%, em 2006 foram 78.800 exames, em 2009 29.570 exames.

Destacamos dois exames:

1) Mamografia - com incremento de 67% em 2006, com a realização de 9.036 exames e em 2009, 15.096 mamografias realizadas.

2) Ultrassonografia - com incremento de mais de 100% com a realização de 6.100 exames em 2006 e 12.482 exames realizados no ano de 2009.

A partir da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Vitória vem avançando e investindo, efetivamente na média complexidade para oferecer consultas e exames especializados aos moradores da Capital e usuários do SUS Vitória. Para tanto adquiriu o antigo Hotel Príncipe, no Tancredão, que será destinado para instalação do Centro Municipal de Especialidades.

O Centro vai oferecer consultas especializadas nas áreas: cardiologia, oftalmologia, ortopedia, neurologia, gastroenterologia, endocrinologia, reumatologia, dermatologia, proctologia, urologia, alergista, obstetrícia, angiologia, infectologia, nefrologia, pneumologia, psiquiatria, otorrinolaringologia, fisioterapia, entre outros.

Abrirá um Centro de Diagnóstico com endoscopia, ultra-sonografia, teste ergométrico, ecocardiograma, ecodoppler, mamografia, colposcopia, procedimentos de oftalmologia como Mapeamento de retina, retossigmoidoscopia.

Será, também, implantado o Centro de Práticas Integrativas, que vai oferecer aos moradores de Vitória acupuntura, homeopatia, fitoterapia e massoterapia.

Dois novos Centros de Especialidades Odontológicas serão inaugurados. Um na Policlínica de São Pedro e outro Tancredão. Serão oferecidos tratamentos de periodontia, endodontia, prótese total e Raio X.

Cinco novas Unidades Básicas de Saúde serão entregues à população: São Cristovão, Ilha das Caieiras, Andorinhas, São Pedro V e Favalessa.

Será concluída a ampliação do CAPS ad; o CAPS e o CME São Pedro, uma Residência Terapêutica e a Escola Técnica do SUS, entre outras ações.

5. COMPROMISSOS PARA O PERÍODO 2010/13

A formulação dos compromissos segue as diretrizes da Portaria GM n°. 3.332/06, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos básicos do Sistema de planejamento do SUS. Os compromissos ora assumidos para o período 2010/13 visam responder problemas de saúde definidos pelas áreas técnicas e pelos territórios de saúde a partir da atual análise situacional de saúde, podendo ser ajustada às necessidades que surgirem no decorrer do período.

Assim os compromissos se organizam a partir de **Problemas**, seguidos pelos **Objetivos**, **Diretrizes e Metas** (que expressam as intenções e os resultados que se deseja sejam concretizados nos próximos quatro anos), finalizando com o **Planejamento Local** dos Territórios de Saúde, construído a partir do processo ensinagem do GERUS (Curso de formação para Gerentes de Unidades Básicas de Saúde do SUS).

• **PROBLEMAS:**

- Fragilidade das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação nos serviços de saúde no município de Vitória, dificultando o alcance dos Indicadores de morbimortalidade pactuados.
- Exposição humana a doenças e ou agravos transmissíveis e não transmissíveis.
- Exposição humana a fatores ambientais prejudiciais à saúde.
- Diminuir os riscos à saúde da população originados pela exposição a produtos e/ou serviços que estejam em desacordo com a legislação sanitária vigente.
- Doenças acometidas nos ambientes de trabalho e nas relações do ser humano com o trabalho.
- Adequação de servidores para possibilitar a reorganização dos processos de trabalho.
- Ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.
- Pouca participação e entendimento dos profissionais da SEMUS (nível local e central) da organização e execução do processo de trabalho do sistema de regulação assistencial.
- Baixa cobertura de coleta de Exames citopatológicos Cérvico-Vaginal em mulheres de 25 a 59 anos, na Região Continental e Centro.
- Baixa cobertura populacional do serviço de Saúde Bucal na Região Forte São João.
- Baixa detecção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera na região de Maruípe - 2008/2009
- Alta Taxa de Mortalidade por Doenças Hipertensivas na Região de São Pedro no ano de 2008.

➤ Mortalidade elevada associada a álcool e drogas na Região de Santo Antônio

• **OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS:**

Os *Objetivos* expressam o que se pretende na superação, eliminação ou controle dos problemas identificados. As *Diretrizes* indicam as linhas de ação. E as *Metas* concretizam os objetivos quantificando e indicando as ações para o período de quatro anos. Na programação Anual as metas aqui propostas serão trabalhadas na capacidade de realização no espaço (ano) e na disponibilidade orçamentária necessária ao cumprimento da programação.

ATENÇÃO BÁSICA	
OBJETIVO: Reduzir a morbimortalidade, por meio de ações de promoção, prevenção recuperação e reabilitação, visando à integralidade do cuidado em saúde.	
DIRETRIZ: Fortalecer a Atenção Básica, tendo a Saúde da Família como estratégia para organização do sistema municipal de saúde.	
METAS	PERÍODO
Efetivar a atenção integral à saúde dos munícipes de Vitória no âmbito da Atenção Básica em 100% dos territórios de saúde	2010-2013
Ampliar o Apoio Institucional à Gestão em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS)	2010-2013
Ampliar o Apoio Matricial em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS)	2010-2013
Estender o Programa Saúde na Escola para todas as escolas de Ensino Fundamental do Município localizadas em territórios com Estratégia de Saúde da Família	2010-2013
Implementar em 100% as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis em todas as UBS.	2010-2013
Implementar a formação e educação permanente na área de envelhecimento e saúde da pessoa idosa para os profissionais da atenção básica, das Unidades cobertas pelo matriciamento.	2010-2013
Ampliar estratégias de prevenção à Saúde Bucal por meio de ações coletivas em todas as UBS.	2010-2013
Ampliar o serviço de radiologia odontológica em todas as UBS	2010-2013
Ampliar o acesso da população à atenção à saúde bucal em todas as UBS	2010-2013
Reestruturar todos os consultórios odontológicos de forma que a privacidade do usuário seja preservada.	2010-2013

Elaborar e implantar a Política Municipal de Alimentação e Nutrição em parceria com outras secretarias	2010-2013
Implantar e fortalecer a atenção nutricional com a inclusão do profissional de nutrição para a equipe de saúde	2010-2013
Implementar e consolidar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em todas as Unidades Básicas de Saúde	2010-2013
Sistematizar a assistência domiciliar aos munícipes de Vitória em todas as UBS	2010-2013
Implantar a Política de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS em 100% dos serviços da rede municipal de saúde	2010-2013
Implementar a atenção a saúde dos idosos residentes em 100% das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	2010-2013
Ampliar a atenção integral às pessoas vivendo com HIV/AIDS, hepatites virais e outras DST em todos os serviços da rede municipal.	2010-2013
POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	
OBJETIVO: Reduzir a morbimortalidade, por meio de ações de promoção, prevenção recuperação e reabilitação, visando à integralidade do cuidado em saúde.	
DIRETRIZ: Aumentar a cobertura das ações de prevenção, promoção e assistência em saúde para as populações mais vulneráveis.	
METAS	PERÍODO
Ampliar as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência em todos os serviços de saúde da rede municipal.	2010-2013
Elaborar e implantar a Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.	2010-2013
Elaborar e executar o Plano Municipal de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS em parceria com outras secretarias e com a sociedade civil.	2010-2013
Elaborar e executar o Plano Municipal de Enfrentamento da Epidemia da AIDS entre gays, homens que fazem sexo com homens, travestis e transgêneros.	2010-2013
Implantar o Programa Vitória sem Homofobia em todas as UBS em consonância com a política municipal e em parceria com outras secretarias	2010-2013
Ampliar as ações da Política de Redução de Danos em 80% dos territórios mapeados, como instrumento de enfrentamento da AIDS, das hepatites virais e da política de drogas.	2010-2013
Implantar ações de atenção ao recém-nascido filho de mãe usuária de drogas, com disponibilização de fórmula alimentar infantil em parceria com a SEMAS.	2010-2013
Instituir e implementar a Política Municipal de Saúde da População Negra.	2010-2013

Organizar a rede de atenção à saúde da população em situação de rua.	2010-2013
PROMOÇÃO DA SAÚDE	
OBJETIVO: Reduzir a morbimortalidade, por meio de ações de promoção, prevenção recuperação e reabilitação, visando à integralidade do cuidado em saúde.	
DIRETRIZ: Instituir a Promoção da Saúde como Política Municipal contribuindo com a efetivação da Atenção Integral do Cidadão.	
METAS	PERÍODO
Ampliar as ações de atenção em saúde para todas as Unidades Escolares que participam do Programa Educação em Tempo Integral.	2010-2013
Implementar a Política Municipal de Promoção da Saúde	2010-2013
Implantar a Campanha Intersetorial de Orientação sobre sexualidade responsável na Adolescência.	2010-2013
Ampliar as ações intersetoriais de controle do tabagismo em 100% dos territórios de saúde.	2010-2013
Ampliar em 50% as ações de prevenção as DST/AIDS, uso indevido de drogas, gravidez indesejada e violência no âmbito do município.	2010-2013
Fortalecer as ações da sociedade civil municipal organizada no âmbito das DST/AIDS	2010-2013
Ampliar o SOE com a implantação de 03 novos módulos e reestruturar em 100% a rede física de atendimento dos módulos já existentes	2010-2013
Ampliar a formação para 100% dos profissionais dos módulos do SOE.	2010-2013
Reestruturar o Serviço de Salvamento Marítimo em todas as praias de Vitória.	2010-2013
CICLOS DE VIDA	
OBJETIVO: Reduzir a morbimortalidade, por meio de ações de promoção, prevenção recuperação e reabilitação, visando à integralidade do cuidado em saúde.	
DIRETRIZ: Garantir Atenção Integral para a população em todos os ciclos de vida: <i>crianças, adolescentes, adultos e idosos</i> , oferecendo atendimento humanizado e de boa qualidade.	
METAS	PERÍODO
Implantar a Rede Amamenta Brasil em todas as Unidades Básicas de Saúde	2010-2013
Estruturar a rede de atenção à mulher e à criança em parceria com SESA em 100% das UBS, integrando os serviços de saúde em uma rede de pontos de atenção.	2010-2013
Implantar a Caderneta de Saúde do Adolescente em todas as Unidades Básicas de Saúde.	2010-2013
Implantar a Política de Saúde do Homem em todos os serviços de saúde da rede municipal	2010-2013

Fortalecer ações direcionadas para a saúde da mulher, atentando-se às questões específicas da população negra em todas as UBS.	2010-2013
Estender para todas as UBS a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conjuntamente com a aplicação do “Instrumento para Avaliação do Risco de Fragilidade da Pessoa Idosa”.	2010-2013
Investir na organização da rede municipal de atenção à saúde da pessoa idosa	2010-2013
Organizar e implantar a rede de atenção, proteção e acompanhamento a vítima de violência, com ênfase para a violência doméstica e sexual.	2010-2013
Implantar 20 academias populares para a pessoa idosa	2010-2013
Normatizar e organizar a atenção à saúde com base em protocolos clínicos e linhas-guias em todos os serviços de saúde	2010-2013
SAÚDE MENTAL	
OBJETIVO: Reduzir a morbimortalidade, por meio de ações de promoção, prevenção recuperação e reabilitação, visando à integralidade do cuidado em saúde.	
DIRETRIZ: Ampliar e implementar a atenção integral e humanizada para munícipes de Vitória com transtorno mental e/ou problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas, abrangendo também as famílias.	
METAS	PERÍODO
Implantar um (01) serviço de consultório móvel de rua para atenção a usuários de álcool e outras drogas, em parceria com a SEMAS.	2010-2013
Acompanhar os indicadores de internação psiquiátrica implantando a vigilância de 100% das internações dos munícipes de Vitória, mantendo a redução das internações e da média de permanência nos hospitais	2010-2013
Formalizar parceria com a SETGER nas ações de geração de renda e economia solidária para pessoas com transtornos mentais	2010-2013
Articular com a SESA a ampliação e melhoria da atenção às urgências e emergências em Saúde Mental e oferta de 50 leitos hospitalares em hospitais gerais no município	2010-2013
Implementar a formação e educação permanente na área de saúde mental para 100% dos profissionais de todos os serviços da SEMUS.	2010-2013
Organizar a sistematização das informações relativas à atenção na área de saúde mental em toda rede municipal de saúde	2010-2013
Manter supervisão clínico-institucional para todos os CAPS do município.	2010-2013
Realizar pesquisa sobre uso de álcool e drogas entre crianças e adolescentes vivendo em situação de rua e matriculadas nas escolas públicas de ensino fundamental e médio do município.	2010-2013

ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

OBJETIVO: Reduzir a morbimortalidade, por meio de ações de promoção, prevenção recuperação e reabilitação, visando à integralidade do cuidado em saúde.

DIRETRIZ: Fortalecer a Atenção de Média e Alta Complexidade por meio de estratégias, ações e redefinição da rede, avançando na organização e na oferta de serviços.

METAS	PERÍODO
Implantar o Centro Municipal de Especialidades	2010-2013
Implantar uma Residência Terapêutica para munícipes de Vitória egressos do Hospital Adauto Botelho	2010-2013
Implantar 01 CAPS III na região de São Pedro	2010-2013
Ampliar o atendimento do CAPSAD/CPTT para 24 horas	2010-2013
Transformar o CAPS da Ilha de Santa Maria em CAPS III após construção da nova sede	2010-2013
Reorganizar a rede de atenção especializada ambulatorial para todos os ciclos de vida de forma regionalizada e resolutiva, por meio do Pacto de Gestão	2010-2013
Estruturar nova sede para o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI)	2010-2013
Estruturar nova sede para o Centro de Referência em DST/AIDS	2010-2013
Implantar o Centro Integrado de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente usuário de álcool e outras drogas e em situação de risco social e de violência em parceria com outras secretarias	2010-2013
Ampliar o Apoio Institucional à Gestão em todos os Centros de Referência	2010-2013
Ampliar em 50% a oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatorial	

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVO: Fortalecer a gestão da Assistência Farmacêutica Municipal, no que se refere à implementação das atividades do ciclo da assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação) assim como dos instrumentos de gestão, de forma a qualificar o acesso da população a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

DIRETRIZ: Consolidar a atenção farmacoterapêutica integral à saúde do cidadão por meio de um atendimento humanizado e de uma dispensação qualificada com orientações farmacêuticas, com foco no uso racional de medicamentos.

METAS	PERÍODO
Implementação da promoção do uso racional de medicamentos à população e aos profissionais de saúde.	2010-2013

Capacitação permanente dos assistentes de farmácia, farmacêuticos e prescritores.	2010-2013
Avaliação permanente dos Instrumentos de Gestão da Assistência Farmacêutica em consonância com as Políticas Públicas.	2010-2013
Manutenção e implementação das atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação).	2010-2013
Adequação das condições de infra-estrutura do almoxarifado da saúde e das farmácias da rede municipal no que diz respeito ao armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos.	2010-2013

APOIO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

OBJETIVO: Fortalecer a gestão do Apoio Diagnóstico Laboratorial no que se refere à implementação de instrumentos de gestão de planejamento, aquisição, armazenamento, controle e consumo, com otimização dos recursos existentes e garantia do acesso à população a exames qualificados, ágeis e resolutivos.

DIRETRIZ: Fortalecimento dos instrumentos de gestão.

METAS	PERÍODO
Realizar 100% dos procedimentos nas áreas de Imunologia, Bioquímica, Hormônios, Hematologia, Microbiologia, Urinálise e Parasitologia solicitados nas Unidades de Saúde, CRDST/AIDS e Prontos Atendimentos do Município.	2010-2013
Integrar o sistema de informatização do Apoio Diagnóstico ao sistema de informatização das Unidades de Saúde.	2010-2013
Disponibilizar 100% dos resultados dos exames laboratoriais por meio da internet.	2010-2013
Manter o Padrão de Excelência pelo Programa Nacional de Controle de Qualidade PNCQ/SBAC.	2010-2013
Ampliar o Sistema de Gestão da Qualidade.	2010-2013
Capacitar 100% do quadro de servidores do Laboratório Central e dos postos de coleta instalados nas Unidades de Saúde, CRDST/AIDS e Prontos Atendimentos.	2010-2013
Ampliar a informatização para 100% dos postos de coletas.	2010-2013
Ampliar 40% do programa de Biossegurança no Laboratório Central Municipal.	2010-2013
Ampliar a coleta de exames de urgência para 100% dos postos de coleta do município.	2010-2013
Melhorar as condições de infra-estrutura do almoxarifado da saúde e do almoxarifado do Laboratório Central Municipal no que diz respeito ao recebimento, armazenamento e distribuição de insumos e reagentes laboratoriais.	2010-2013
Adequar em 100% à área física do Laboratório Central Municipal conforme legislação vigente.	2010-2013

VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
<p>OBJETIVO: Fortalecer a gestão do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, no que se refere à vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, de forma a ampliar a sua capacidade de análise de situação de saúde e de resposta às necessidades da população.</p>	
<p>DIRETRIZ: Consolidar a atenção integral à saúde dos munícipes, por meio da articulação do processo de trabalho das vigilâncias com as ações da atenção à saúde.</p>	
METAS	PERÍODO
Fortalecer, ampliar e implementar a gestão do Sistema de Vigilância em Saúde no que diz respeito às ações de Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis e não transmissíveis, da análise de situação de saúde e do desenvolvimento da área de vigilância sanitária e saúde do trabalhador, bem como, a institucionalização da vigilância ambiental.	2010-2013
Descentralizar as ações de vigilância em saúde para o nível local, possibilitando alcançar com maior agilidade resultados mais efetivos.	2010-2013
Facilitar e incentivar as ações de bloqueios de surtos, de modo a alcançar resultados adequados e homogêneos nos diversos territórios que compõem o município.	2010-2013
Participar do processo de qualificação dos profissionais, especializados em saúde coletiva, possibilitando medidas de controle efetivas com a implantação de rotinas e normas adequadas.	2010-2013
Promover a implantação da Vigilância da Saúde do Trabalhador e participar no que diz respeito aos ambientes e processos de trabalho para prevenção de acidentes, assim como, informação aos trabalhadores sobre os riscos relacionados ao ambiente de trabalho.	2010-2013
Desenvolver ações intersetoriais com outros órgãos e instituições voltadas para a Promoção de Saúde, prevenção e controle de doenças.	2010-2013
Integrar de forma efetiva com a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família consolidando parceria nas ações de vigilância em saúde;	2010-2013
Promover ações de Educação em Saúde e Comunicação na área, propiciando a integração com outros órgãos da Prefeitura, em particular com a Secretaria Municipal de Educação, atuando de maneira efetiva com escolares da rede pública e privada.	2010-2013
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	
<p>OBJETIVO: Fortalecer a gestão do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, no que se refere à vigilância epidemiológica de forma a ampliar a sua capacidade de análise de situação de saúde e de resposta às necessidades da população</p>	
<p>DIRETRIZ: Consolidar a atenção integral à saúde dos munícipes, por meio da articulação do processo de trabalho das vigilâncias com as ações da atenção à saúde.</p>	
METAS	PERÍODO
Implementar em 100% dos territórios de saúde o projeto de Atendimento/Notificação e Acompanhamento de Vítimas de Violência.	2010-2013
Implementar o Manual de Gestão de Risco em 100% dos territórios	2010-2013
Manter conhecimento atualizado da situação epidemiológica de 100% dos óbitos por causas	2010-2013

externas no município de Vitória.	
Implementar em 100% dos territórios de saúde o projeto de Atendimento/Notificação e Acompanhamento de Vítimas de Violência.	2010-2013
Implementar vigilância de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis em 100% dos territórios.	2010-2013
Manter conhecimento atualizado da situação epidemiológica de 100% dos óbitos por causas externas no município de Vitória.	2010-2013
Fortalecer, ampliar e implementar as ações de vigilância das Doenças Transmissíveis/Notificação compulsória em 100% dos serviços públicos e privados de saúde.	2010-2013
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
OBJETIVO: Fortalecer a Vigilância Sanitária para que as ações sejam capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.	
DIRETRIZ: Implementar as ações de Vigilância Sanitária com as diretrizes e estratégias da política de desenvolvimento nacional, levando em consideração os riscos sanitários, contribuindo para o aprimoramento da qualidade de produtos, processos e serviços.	
METAS	PERÍODO
Realização da Manutenção e Reorganização de 80% da GVISA.	2010-2013
Realização de Capacitação para 100% dos servidores da GVISA.	2010-2013
Realização de 100% das Ações intersetoriais.	2010-2013
Realização de 100% das ações educativas.	2010-2013
Implantação da Co-gestão.	2010-2013
VIGILÂNCIA AMBIENTAL	
OBJETIVO: Definir ações para a prevenção de agravos e controle de riscos advindos do meio ambiente, no que se refere ao controle de Vetores, Animais Reservatório e Hospedeiros, Roedores e Animais Sinantrópicos, Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, Vigilância da Qualidade do Ar e Vigilância da População Expostas a Solos Contaminados.	
DIRETRIZ: Estruturar a Vigilância Ambiental para ampliar e qualificar as ações de prevenção e controle de riscos à saúde advindos do meio ambiente.	
METAS	PERÍODO
Estruturar em 100% o Centro de Vigilância Ambiental (CVA).	2010-2013
Monitorar e controlar em 100% as ações de Controle de Zoonoses	2010-2013
Estruturar as ações de promoção e proteção em 100% da vigilância dos riscos não biológicos relacionados à variável ambiental em saúde	2010-2013

Intensificar em 100% as ações de Educação em Saúde Ambiental	2010-2013
SAÚDE DO TRABALHADOR	
OBJETIVO: Estruturar a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.	
DIRETRIZ: Formular e implantar a Política Municipal de Saúde do Trabalhador.	
METAS	PERÍODO
Elaborar a Política Municipal de Saúde do Trabalhador.	2010-2013
Coordenar o processo de articulação intra e intersetorial para implantação e consolidação da Política Municipal de Saúde do Trabalhador.	2010-2013
Priorizar a organização das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas pelas Vigilâncias - Epidemiológica e Sanitária.	2010-2013
Construir a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Município de Vitória, com o desenvolvimento de ações voltadas à população trabalhadora a partir da rede SEMUS e articulada com o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador.	2010-2013

GESTÃO DO SUS	
OBJETIVO: Fortalecer a Gestão do SUS no Sistema Municipal de Saúde e dar execução as ações da gestão participativa conforme as diretrizes pactuadas nacionalmente.	
DIRETRIZ: Aprimorar a gestão do SUS em consonância com as legislações específicas.	
METAS	PERÍODO
Avançar em 100% na efetivação do processo de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção à Saúde e iniciar a construção do M&A da Gestão do SUS conforme diretrizes do ParticipaSUS.	2010-2013
Implantar Ouvidoria do SUS com adesão ao Nível I do Sistema Informatizado do OuvidorSUS do Ministério da Saúde e ampliar a participação no Nível II.	2010-2013
REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO	
OBJETIVO: Implementar e fortalecer as ações de regulação, controle, avaliação, informação e auditoria nos serviços de saúde do SUS sob gestão municipal, para o alcance da eficiência e qualidade na prestação dos serviços.	
DIRETRIZ: Aprimorar o processo de Gestão da Regulação, Controle e Avaliação da Assistência no Município.	
METAS	PERÍODO
Avançar na Gestão, por meio de pactuação com a SESA, assumindo as responsabilidades de seleção, cadastramento, realização de contratos, regulação, controle, avaliação e autorização de pagamento dos prestadores situados no município de Vitória que realizam serviços a nível	2010-2013

ambulatorial.	
Implementar a formação e educação permanente para a qualificação dos profissionais.	2010-2013
Ampliar o quadro de RH no GRCA.	2010-2013
Estruturar a área física da CEAMB.	2010-2013
Implementar as ações de Avaliação e Monitoramento dos serviços ofertados na rede municipal, com vistas a qualificação da gestão.	2010-2013
Fomentar a implementação das ações de controle assistencial no âmbito de sua gestão.	2010-2013
Assumir a gestão do CNES dos Estabelecimentos de Saúde localizados no município de Vitória.	2010-2013
Expandir o Cartão Nacional de Saúde a população usuária do SUS.	2010-2013
Elaborar PPI municipal com alocação de recursos financeiros do SUS Municipal, Estadual e Federal, conforme Pacto de Gestão.	2010-2013
Avaliar e monitorar a resolutividade da PPI Estadual.	2010-2013
Implementar as ações de Regulação Assistencial como estratégia para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde.	2010-2013
AUDITORIA EM SAÚDE NO SUS	
OBJETIVO: Implementar e fortalecer as ações de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria nos serviços em saúde sob gestão municipal, para o alcance da eficiência e qualidade na prestação de serviços.	
DIRETRIZ: Fomentar e implementar as ações de auditoria do SUS no âmbito da gestão do município de Vitória	
METAS	PERÍODO
Ampliar em 20% a equipe de auditoria e em 100% a de apoio administrativo	2010-2013
Implementar em 100% a formação/educação permanente e gestão estratégica e participativa para realização das atividades de Auditoria do SUS.	2010-2013
Articular intra e inter setorial para o fomento das ações de auditoria	2010-2013
Implementar e fortalecer os instrumentos de auditoria.	2010-2013
Articular e integrar ações com os componentes Federal e Estadual do SNA	2010-2013
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	
OBJETIVO: Planejar, coordenar, organizar e disseminar informações necessárias ao desenvolvimento de planos, projetos e programas da secretaria	
DIRETRIZ: Implantar uma política integrada de informação em saúde para todos os níveis de atenção e gestão.	

METAS	PERÍODO
Elaborar e implantar a política de informação em saúde.	2010-2013
Produzir, analisar e disseminar informações em saúde.	2010-2013
Implementar o sistema de informação em todos os níveis da atenção para acompanhamento e avaliação das ações.	2010-2013
Padronizar e normalizar os instrumentos de coleta e os fluxos de informações.	2010-2013
Integrar a informação dos vários sistemas já existentes.	2010-2013
Implementar o Geoprocessamento na saúde.	2010-2013
Implementar a formação em áreas afins e a educação permanente da equipe de Informação.	2010-2013
GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	
OBJETIVO: Estabelecer estratégias que possibilitem o desenvolvimento do trabalhador, a promoção institucional e a dignidade do trabalho em saúde.	
DIRETRIZ: Consolidar a política de gestão do trabalho em saúde.	
METAS	PERÍODO
Incrementar em 100% a gestão do trabalho em saúde como um movimento contínuo de construção entre trabalhadores, gestores e usuários.	2010-2013
Buscar estratégias, junto a todos os gestores do SUS, quanto ao financiamento da política de reposição da força de trabalho descentralizada.	2010-2013
Fortalecer em 100% o processo de negociação por meio da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS.	2010-2013
GESTÃO DA FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
OBJETIVO: Fortalecer os processos educativos em saúde, visando atender a demanda de formação de todos os atores envolvidos no campo da saúde qualificando-os para a produção de um cuidado integral.	
DIRETRIZ: Consolidar os processos formativos dos atores envolvidos no setor saúde a partir da lógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.	
METAS	PERÍODO
Instituir e implantar a Escola Técnica do SUS – Vitória.	2010-2013
Contribuir na formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde do Estado do Espírito Santo.	2010-2013
Desenvolver e Apoiar processos educativos orientados pelas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e pela Política Nacional de Gestão Participativa (Portaria 2.344/2009), voltados à qualificação dos profissionais de saúde.	2010-2013
Apoiar o Conselho Municipal de Saúde nas ações para o fortalecimento da participação	2010-2013

popular no SUS	
Fortalecer a aproximação entre as instituições de ensino e o serviço de saúde do município de Vitória.	2010-2013
Estimular a produção de conhecimento técnico científico com base nas linhas de pesquisa da SEMUS.	2010-2013
Implantar a teleducação de forma a ampliar o acesso às ações de formação e desenvolvimento em saúde com adoção de novas tecnologias	2010-2013
Regular a participação dos profissionais da SEMUS em eventos técnicos científicos e visitas técnicas em âmbito municipal, estadual e nacional.	2010-2013
Estabelecer convênios de Cooperação Técnica com instituições Públicas: Ministério da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) /FIOCRUZ e outras.	2010-2013
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	
OBJETIVO: Fortalecer a gestão democrática do SUS, ampliando a participação e capacitação do Controle Social para o exercício de suas funções e avançar no processo de busca de experiências em defesa das políticas do SUS.	
DIRETRIZ: Fortalecer a participação e controle social.	
METAS	PERÍODO
Ampliar a participação popular com a instalação dos Conselhos Locais de Saúde nos demais serviços de saúde, conforme prevê a Lei Municipal 6606.	2010-2013
Implantar Política Municipal de Educação Permanente e de Gestão Participativa (ParticipaSUS) para o Controle Social do SUS, nos termos da Política Nacional, efetivando um processo de capacitação dos conselheiros municipais e locais de saúde e atores da sociedade organizada.	2010-2013
Aprimorar a estrutura da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, com vistas a qualificar as atividades do conselho e melhorar o desempenho dos conselheiros.	2010-2013
Avançar no processo de troca constante de experiências com outros conselhos das esferas de governo federal, estadual e municipal e possibilitar o acesso aos eventos e fóruns que debatem as políticas do SUS.	2010-2013
Promover espaços e fóruns de discussão de temáticas relativas à saúde da população negra, mulheres, idosos, LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais), pessoas com deficiência, pessoas com sofrimento psíquico entre outra.	2010-2013
Organizar Conferência Municipal de Vigilância em Saúde com três eixos temáticos: Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica.	2010-2013

- **PLANEJAMENTO LOCAL**

A proposta de Formação Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Curso de Especialização em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS em Vitória/ES, em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade de São Paulo), tem contribuído na qualificação técnica-política e auxiliado o Diretor das Unidades de Saúde no reconhecimento do território de saúde e na reorganização do serviço. A utilização da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) tem favorecido a reflexão crítica e o diagnóstico dos problemas de saúde, bem como a necessidade da construção de ações que possibilitem seu enfrentamento.

Segundo Matus problema é uma situação insatisfatória acumulada no tempo, e que, se não for feito nada, tenderá a permanência ou a piora.

A partir da identificação de uma situação problema para enfrentá-la necessitamos:

- 1) Descrever o *Problema*,
- 2) Entender a origem do problema identificando suas *Causas*,
- 3) Definir o *Nó Crítico* (é uma causa do problema que se for atacada ou modificada resolve o problema. Traz consigo a idéia de que posso intervir, está no meu espaço de governabilidade),
- 4) Propor *Operações* para enfrentar o problema,
- 5) Analisar a viabilidade ou se organizar para criar viabilidade
- 6) Elaborar e apresentar uma proposta de *Plano Operativo*

MATRIZ DO PLANO OPERATIVO

PROBLEMA:

NÓ CRÍTICO:

OPERAÇÃO	AÇÕES	RECURSOS	VIABILIDADE	RESPONSÁVEL	PRAZO
-----------------	--------------	-----------------	--------------------	--------------------	--------------

7) Fazer a Gestão do Plano (segundo Matus é criar um sistema de responsabilização, onde as pessoas assumem compromissos de executar, dentro de determinado tempo, tarefas específicas. Prestando contas regularmente do andamento das Operações, reavaliando o que não foi possível fazer e propondo adequações para atingir o impacto desejado).

MATRIZ DE GESTÃO DO PLANO OPERATIVO

SITUAÇÃO DA OPERAÇÃO	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO	RESULTADOS
-----------------------------	----------------------	-------------------	-------------------

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um instrumento imprescindível para o processo de gestão, pois possibilita a identificação de problemas prioritários, a definição de suas causas e a construção de ações de intervenção. A apropriação e aplicação dessa ferramenta de gestão pelos Gerentes/Diretores dos serviços municipais têm por objetivo qualificar o processo de trabalho e dar visibilidade às ações desenvolvidas.

Destacamos a avaliação de um Território de Saúde que consideramos importante para exemplificar esse processo – *“Tal apropriação foi de tamanha valia que nos permitiu introduzi-la no serviço, garantindo a disseminação do método aos demais atores envolvidos fazendo-nos compreender que o planejamento não trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principlamente qual é o futuro de nossas decisões, ou seja, sedimenta o trabalho do coletivo e projeta o serviço com bom desempenho e responsabiliza todos os envolvidos a criar um novo modo de fazer saúde”*.

Faz parte dos anexos deste Plano o Planejamento Local das 28 Unidades Básicas de Saúde, construídos com a priorização de um Problema de Saúde para cada Território e um por Região onde todas as Regiões se apropriam de todos os Problemas e ampliam seu planejamento local com múltiplos olhares sobre a realidade.

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Entendendo Monitoramento e Avaliação como um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomadas de decisão e o encaminhamento de solução com a redução de problemas, bem como a correção de rumos foi apresentado e pactuado no Comitê Gestor da Semus, em 2008, uma proposta de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (M&A) objetivando:

- 1) Realizar Monitoramento e Avaliação (M&A) dos indicadores da Atenção Básica à Saúde no território.
- 2) Estimular a discussão entre as equipes sobre os indicadores.
- 3) Realizar aproximação de forma sistemática e integrada das áreas técnicas e o território.

O acesso aos resultados do processo de Monitoramento e Avaliação constitui um poderoso instrumento para a democratização de informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados. Nesse sentido o Ministério da Saúde (MS) através do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGES), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) incentiva a pactuação de mecanismos de Monitoramento e Avaliação em todas as unidades federadas, estabelecendo a responsabilização com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

Com essa compreensão retomaremos o processo de Monitoramento e Avaliação (M&A) dos indicadores da Atenção Básica com Calendário 2010 já pactuado com os Diretores e Sanitaristas dos Territórios de Saúde e construiremos uma proposta ampliada de Monitoramento e Avaliação para além dos indicadores da Atenção Básica.

Monitoramento e Avaliação (M&A) – Calendário 2010	
Atividade	Data
Avaliação do Pacto 2009	22/02
Avaliação do 1º Trimestre/10	26/04
Avaliação do 2º Trimestre/10	26/07
Avaliação do 3º Trimestre/10	25/10

ANEXOS

ANEXO I

**RELATÓRIO FINAL
VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**VITÓRIA
2009**

APRESENTAÇÃO

O ano de nascimento do SUS, efetivado na Constituição de 1988, torna-se emblemático se considerarmos a configuração político, ideológico e sobretudo econômico mundial. O paradigma adotado era norteado por uma posição anti keynesiana e primava por um enfraquecimento contínuo do Estado enquanto interventor econômico, buscando o fortalecimento do mercado como o regente da economia. Obviamente essa posição trazia dividendos negativos para os investimentos nas áreas sociais, principalmente num terreno fértil como o brasileiro, adubado historicamente por uma longa tradição de práticas clientelistas e de concentração de renda e poder.

Pois foi nessa conjuntura adversa, que dois anos mais tarde as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) trouxeram em seu bojo o aspecto mais revolucionário e inovador na condução de uma política pública até então vista no país: a participação da comunidade na elaboração, condução e deliberação das políticas de saúde na forma dos Conselhos de Saúde.

Passados mais de vinte anos desta conquista, que como já foi dito, é a maior da História recente do povo brasileiro, o Conselho Municipal de Saúde, num lampejo de maturidade e ousadia, convoca a VI Conferência Municipal de Saúde. Distinta das demais conferências realizadas, esta teve um cunho estritamente local, permitindo de forma inédita, durante três dias, a discussão pela sociedade, por meio de uma Conferência, das atualizações do Plano Municipal de Saúde, ferramenta que subsidiará a elaboração do Plano Plurianual de Saúde, documento condutor das principais ações de saúde doravante desencadeadas pelo município.

SUMÁRIO

1- Programação da VI Conferência Municipal de Saúde.....	06
2- Introdução.....	07
3- Deliberações da VI Conferência Municipal de Saúde.....	10
3.1 – Eixo I	10
3.2 – Eixo II	20
3.3 – Eixo III	35
4- Moções aprovadas na VI Conferência Municipal de Saúde...	44
5- Recomendações	45
Anexos.....	46
Anexo A – Regimento	46
Anexo B – Regulamento	54
Anexo C – Resolução CMSV nº 303/2009	59

1 - PROGRAMAÇÃO DA VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Dia 29 de julho de 2009

08h - Início do Credenciamento;

09h - Sessão e Plenária de ABERTURA;

10h - Lanche;

10:30h - Conferência Magna - “20 anos do SUS – Avanços e Desafios”;

12h - Almoço;

14h - Painel 1 - “Plano Municipal de Saúde – Uma Construção Coletiva”;

15:30h - Lanche;

16h - Painel 2 - “Os Desafios do Controle Social no Sistema Único de Saúde”.

Dia 30 de julho de 2009

08:30h - Plenárias Temáticas;

10:00h - Lanche;

10:30h - Plenárias Temáticas;

12h - Almoço;

14h - Plenárias Temáticas;

15:30h - Lanche;

16h - Plenárias Temáticas.

Dia 31 de julho de 2009

8:30h - Plenária Final;

10h - Lanche;

10:30 - Plenária Final;

12h - Almoço;

14h - Plenária Final ;

15:30h - Lanche;

16h - Plenária Final;

17h - Encerramento.

2 - INTRODUÇÃO

A VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, convocada pelo Conselho Municipal de Saúde, foi realizada no Campus da FAESA – São Pedro, nos dias 29, 30 e 31 de julho de 2009, com a temática central: “O Futuro da Saúde em Nossa Mãos”.

Numa iniciativa inédita, a VI Conferência Municipal de Saúde possibilitou à sociedade discutir, debater e rever as diretrizes para construção do Plano Municipal de Saúde do período 2010/2013, componente do Plano Plurianual de Saúde, condicionante para efetivação da transferência de recursos federais alocados ao Fundo Municipal de saúde destinados à cobertura dos serviços e ações da saúde a serem implementados pelo município.

Uma etapa importante do evento foram as quatro pré-conferências realizadas nas regiões de saúde do município, a saber: Centro/Forte São João, São Pedro/Santo Antônio, Continental e Maruípe, nos dias 13, 14, 15 e 16 de julho de 2009, respectivamente. As pré conferências foram momentos oportunos para esclarecer a dinâmica da VI Conferência Municipal de Saúde, bem como para escolha de delegados.

Além das pré conferências, indicações das entidades e instituições que compõe o Conselho Municipal de Saúde (vaga para sessenta delegados) e eleições realizadas nos conselhos locais de saúde (vaga para 108 delegados), trouxeram delegados para a VI Conferência Municipal de Saúde, sem contar os conselheiros municipais e seus suplentes, estes delegados natos.

Na solenidade de abertura estiveram presentes o vice-prefeito, Senhor Sebastião Barbosa; o secretário municipal de saúde, Senhor Luiz Carlos Reblin; a representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, senhora Isabel Maria Vila-Boas Senra; o representante do Conselho Estadual de Saúde, o Senhor Édson José da Cruz; o representante do Conselho Municipal de Saúde, Senhor Rogério Eller; o representante do Conselho Popular de Vitória, Senhor Waldemar Cunha Santos e o secretário executivo do Conselho Municipal de Vitória, senhor Alexandre de Oliveira Fraga. Após as formalidades foi proferida pela Senhora Isabel Maria Vila-Boas a conferência de abertura com o tema: “Vinte Anos de SUS – Avanços e Desafios”. O secretário municipal de saúde, na sequência explanou sobre o tema: “Plano Municipal de Saúde – Uma Construção Coletiva” e por fim, o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Senhor Francisco Batista Júnior, discorreu sobre o tema: “Os Desafios do Controle Social no Sistema Único de Saúde”. Encerrada a etapa de palestras a plenária aprovou o regulamento da VI Conferência Municipal de Saúde.

No segundo dia, os presentes, consonante com a paridade estabelecida na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333/2003, foram agrupados em três plenárias temáticas para deliberarem sobre os seguintes assuntos: I) Atenção básica e atenção de média e alta complexidade; II) Assistência farmacêutica e vigilância em saúde; III) Gestão do SUS. As propostas para discussões nas Plenárias Temáticas foram construídas por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde na forma de um texto referência e disponibilizado aos presentes. Dentro dessa dinâmica foi designado para cada plenária temática um técnico com pleno domínio do tema para esclarecer dúvidas junto aos participantes e aprofundar as discussões. Cada Plenária Temática teve autonomia para aprovar, suprimir, acrescentar e encaminhar para Plenária Final as propostas constantes no texto referência. Foi dessa forma que no último dia do evento, a Plenária Final deliberou sobre as propostas não aprovadas, bem como as novas, advindas das Plenárias Temáticas. O consolidado no presente documento, expressão das políticas e dos compromissos de saúde, construídos coletivamente, se efetivará como a base para a execução, monitoramento, avaliação e gestão do Sistema Municipal de Saúde.

A 6ª Conferência Municipal de Saúde de Vitória foi convocada com o objetivo de colocar em discussão as diretrizes que orientarão o Plano Municipal de Saúde de Vitória no período de 2010/13. Consideramos tal iniciativa um avanço no processo de consolidação do SUS e, ao mesmo tempo uma proposta inovadora, pois possibilita o debate dos diferentes atores do setor saúde e da sociedade, com responsabilização e comprometimento de todos na construção desse instrumento de planejamento que refletirá as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos.

O Plano Municipal de Saúde construído a partir da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Vitória será a expressão das políticas e dos compromissos de saúde, construídos coletivamente, e a base para a execução, monitoramento, avaliação e gestão do sistema municipal de saúde.

O presente Termo de Referência, construído à luz do Pacto pela Saúde, traz três Eixos orientadores, reorganizados a partir das muitas discussões da comissão temática para facilitar e propiciar as discussões nas Plenárias Temáticas:

Eixo I – Atenção Básica e Atenção de Média e Alta Complexidade;

Eixo II - Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica;

Eixo III – Gestão do Sistema Único de Saúde.

3 - DELIBERAÇÕES DA VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3.1 - Eixo I – Atenção Básica e Atenção de Média e Alta Complexidade

3.1.1 – Atenção Básica

A atenção à saúde em Vitória é organizada através de uma rede de serviços para dar acesso ao cidadão na atenção básica; especializada e na urgência e emergência, visando à integralidade do cuidado em saúde.

O município de Vitória vem acumulando experiências e registrando avanços importantes no setor saúde, a partir do processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, o que tem favorecido a melhoria das condições de saúde e contribuído para a qualidade de vida da população.

O fortalecimento da atenção básica em saúde estabelece novas estratégias e ações e redefine a rede de serviços e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, avançando na organização e oferta de serviços dos demais níveis de atenção, objetivando o cuidado integral em saúde.

A atenção básica tem como atribuições:

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

Ao aderir ao Pacto pela Vida em 2007, o município de Vitória considera como prioridade o fortalecimento da atenção básica, visando alcançar os seguintes objetivos:

- a) Assumir a Estratégia Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças locais/regionais;

- b) Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- c) Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços;
- d) Participar do financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- e) Aprimorar a inserção dos profissionais da atenção básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;
- f) Implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica com vistas à qualificação da gestão descentralizada;

1- Fortalecer a Atenção Básica, tendo a Saúde da Família como estratégia para organização do sistema, a partir da qual sejam feitas as referências e as contra referências e considerando as diferenças locais para seu desenvolvimento;

2- Ampliar o Apoio Institucional à Gestão em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), contribuindo para o fortalecimento da co-gestão;

3- Ampliar o Apoio Matricial para fortalecimento da Atenção Básica;

4- Implementar a Política Municipal de Promoção da Saúde e efetivar o acompanhamento das ações planejadas;

5- Elaborar e implementar a Política de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS e acompanhamento das ações planejadas;

3.1.2 – Saúde e Gênero

6- Fortalecer ações direcionadas para a saúde da mulher, atentando-se às questões específicas da população negra, com ênfase na sexualidade (gravidez na adolescência, pré-natal, parto e abortamento inseguro e suas complicações), DST e AIDS, doenças crônicas degenerativas, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, câncer ginecológico e anemia falciforme, planejamento familiar (orientação e acesso à laqueadura tubária e vasectomia), climatério, saúde mental, no combate à violência doméstica e sexual da mulher;

7- Elaborar e executar o Plano Municipal de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS em parceria com outras secretarias e com a sociedade civil;

- 8- Elaborar e executar o Plano Municipal de Enfrentamento da Epidemia da AIDS entre gays, homens que fazem sexo com homens e travestis;
- 9- Implantar o Programa Vitória sem Homofobia na saúde em consonância com a política municipal em parceria com outras secretarias;
- 10- Desenvolver e programar políticas específicas para a saúde do homem, implementando ações de prevenção e rastreamento do câncer de próstata, de testículo, pênis e mama, com acesso a exames e encaminhamento aos serviços secundários e terciários, com ações educativas sobre a importância da prevenção.

3.1.3 - Saúde, Raça e Etnia

- 11- Instituir e implementar a Política Municipal de Saúde da População Negra e efetivar o acompanhamento das ações planejadas com a institucionalização da Atenção à Saúde da População Negra;
- 12- Implementar ações intersetoriais para desenvolvimento de projetos em parceria com movimentos sociais e demais setores visando articular ações/eixos das Políticas de Promoção da Saúde e de Saúde da População Negra.

3.1.4 - Atenção aos Ciclos de Vida

- 13- Garantir atenção integral para a população em todos os ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos, oferecendo atendimento humanizado e de boa qualidade.
- 14- Implantar a Rede Amamenta Brasil em todas as Unidades Básicas de Saúde ;
- 15- Fortalecer a Política de Redução de Danos como instrumento de enfrentamento da AIDS, das hepatites virais e da política de drogas;
- 16- Implantar ações de atenção ao recém-nascido filho de mãe usuária de drogas, com disponibilização de fórmula alimentar infantil (Parceria SEMUS/SEMAS);
- 17- Fortalecer as ações de educação em saúde no Programa Educação em Tempo Integral em parceria com a Secretaria Municipal de Educação;
- 18- Estender a implantação do Programa Saúde na Escola para todas as escolas de ensino fundamental do município.
- 19- Implementar e fortalecer a Campanha Intersetorial de Orientação sobre sexualidade responsável na Adolescência ;
- 20- Implantar a Caderneta de Saúde do Adolescente em todas as Unidades Básicas de Saúde;

- 21- Implementar ações intersetoriais de controle do tabagismo no âmbito do município;
- 22- Ampliar as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV por meio de ações de grupo (populações específicas, tais como mulheres, população LGBT, usuários de drogas e população em geral) e oferta de exames de HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para os usuários do território sexualmente ativos e frequentadores da UBS;
- 23- Estruturar a rede de atenção a mulher e a criança;
- 24- Implementar ações de promoção da saúde em todo os ciclos de vida;
- 25- Efetivar a atenção integral à saúde da pessoa idosa no âmbito da Atenção Básica;
- 26- Avançar na proposta de formação e educação permanente na área de envelhecimento e saúde da pessoa idosa para os profissionais da atenção básica;
- 27- Estender a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para todas as UBS do município, conjuntamente com a aplicação do “Instrumento para Avaliação do Risco de Fragilidade da Pessoa Idosa”;
- 28- Investir na organização da rede municipal de atenção à saúde da pessoa idosa;
- 29- Desenvolver ações de prevenção da violência e atenção às vítimas, incluindo a implementação da notificação e organização da Rede de Proteção com a participação dos serviços internos da SEMUS e demais Secretarias e Órgãos envolvidos; Organizar e implantar a rede de atenção proteção e acompanhamento a vítima de violência doméstica e sexual para desenvolver ações de prevenção a violência a atenção a vítima em parceria com outras secretarias e órgãos envolvidos;
- 30- Implantar academias populares para a pessoa idosa.

3.1.5 - Saúde Mental

- 31- Ampliar e implementar a atenção integral e humanizada para todas as pessoas com transtorno mental, com dependência química ou que façam uso abusivo/nocivo de substâncias psicoativas, em todos os níveis de complexidade, incluindo ações de prevenção a partir da análise de suas condições sociais, abrangendo também as famílias.

- 32- Implantar o serviço de consultório móvel de rua para atenção a usuários de álcool e outras drogas (parceria com SEMAS e/ou ONG);
- 33- Acompanhar os indicadores de internação psiquiátrica mantendo a redução das internações e da média de permanência nos hospitais;
- 34- Formalizar e executar ações de geração de renda e economia solidária (parceria SEMUS e SETGER);
- 35- Articular com o Estado a ampliação e melhoria da atenção às urgências e emergências em Saúde Mental e oferta de leitos hospitalares em hospitais gerais no município.

3.1.6 - Saúde Bucal

- 36- Reafirmar a promoção à Saúde Bucal por meio de ações coletivas;
- 37- Ampliar o serviço de radiologia odontológica nas UBS visando a melhoria e a resolutividade do serviço de Saúde Bucal;
- 38- Ampliar o acesso da população a atenção à saúde bucal na atenção básica e reestruturação dos consultórios odontológicos de forma que a privacidade do usuário seja preservada.

3.1.7 - Atenção as Pessoas com Deficiência

- 39- Ampliar as condições de acessibilidade arquitetônica e atitudinais dos serviços de saúde para pessoas com deficiência em todas as suas necessidades de saúde.

3.1.8 - Alimentação e Nutrição

- 40- Elaborar e implementar a Política Municipal de Alimentação e Nutrição em parceria com outras secretarias;
- 41- Implantar e fortalecer a atenção nutricional considerando a importância da nutrição e da alimentação na promoção e na recuperação da saúde, no controle das doenças crônicas não transmissíveis, inclusive nas de origens genéticas com a inclusão do profissional de nutrição na equipe de saúde usando o atendimento singular e coletivo;
- 42- Implementar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) nas Unidades Básicas de Saúde.

3.1.9 - Atenção de Média e Alta Complexidade

O município de Vitória vem ao longo dos anos ampliando seus serviços de saúde. Com a assinatura do Pacto de Gestão, Portaria MS nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006,

firmado com o Estado do Espírito Santo e Ministério da Saúde, sua proposta foi assumir a Média e Alta Complexidade Ambulatorial para seus municípios.

O princípio da integralidade da assistência que, dentre outros, norteia o Sistema Único de Saúde – SUS (entendido como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde), é um grande desafio que gestores em saúde têm em diferentes níveis de gestão. A organização dos serviços de saúde visando garantir a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, ao indivíduo e à coletividade, é algo que vem sendo construído ao longo da criação do SUS.

O Município vem se organizando no sentido de ofertar serviços de Média e Alta complexidade Ambulatorial, buscando garantir integralidade da atenção para a resolução dos problemas de saúde da sua população, por meio da ampliação do acesso a serviços especializados. Dentre as funções estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a Atenção Especializada no município tem como objetivos:

- a) Organizar o serviço especializado de referência para assistência de média e alta complexidade ambulatorial, com vistas a viabilizar a integralidade da atenção aos usuários do SUS/Vitória, por meio da ampliação, da disponibilização e de garantia de acesso a população;
- b) Organizar a oferta de ações e serviços de saúde e o fluxo do usuário, visando o acesso da população, segundo suas necessidades;
- c) Propiciar os atendimentos aos usuários SUS referenciados pela rede municipal de serviços e da micro-região de saúde de Vitória, que demandem serviços de média complexidade;
- d) Organizar a referência e contra-referência dos usuários das Unidades Básicas de Saúde e demais serviços da rede municipal de saúde;
- d) Integrar recursos humanos especializados e alta tecnologia;
- e) Organizar o sistema municipal estabelecendo mecanismos técnicos (protocolos clínicos, operacionais) padronizados e pactuados, visando a equidade do atendimento por meio de normas, rotinas e fluxos definidos e pactuados.

43- Ampliar a oferta de serviços de média complexidade ambulatorial com consultas de especialidades médicas, odontologia, reabilitação e fisioterapia, práticas integrativas e complementares e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com a implantação do Centro Municipal de Especialidades;

- 44- Oferecer o serviço de Residências Terapêuticas para os munícipes de Vitória egressos do serviço hospitalar de referência em saúde mental;
- 45- Ampliar a oferta de atenção à saúde mental com a melhoria estrutural dos serviços existentes implantação do CAPS III na região de São Pedro e ampliação do atendimento do CAPSAD/CPTT para 24 horas e agilizar a construção da nova sede do CAPS da ilha de Santa Maria para sua transformação em CAPS III;
- 46- Reorganizar a rede de atenção especializada ambulatorial em todos os ciclos de vida de forma regionalizada e resolutiva, por meio do Pacto de Gestão;
- 47- Fortalecer e efetivar a Política de Atenção às Urgências sob as diretrizes da humanização, regionalização e resolutividade;
- 48- Implantar a assistência domiciliar aos munícipes de Vitória;
- 49- Estruturar novas sedes para Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI) e o Centro de Referência em DST/AIDS;
- 50- Implantar o Centro Integrado de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente usuários de álcool e outra drogas e em situação de risco social e de violência em parceria com outras secretarias.

3.2 - Eixo II - Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde

3.2.1 - Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória se propõe a ampliar o acesso da população a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes, ampliar o acesso a uma dispensação qualificada com orientações farmacêuticas e a promover o uso racional dos medicamentos por meio da elaboração do Memento Terapêutico e das capacitações para os profissionais de saúde.

- 51- Ampliar o elenco de medicamentos através da atualização da REMUME em consonância com a oferta de serviços oferecidos pela gestão municipal.
- 52- Fortalecer junto à população e aos profissionais de saúde o uso racional de medicamentos.
- 53- Fortalecer os instrumentos de gestão da Assistência Farmacêutica:
 - I - Protocolos clínicos
 - II - Manual de normas de procedimentos das farmácias da rede municipal
 - III - Sistema de informações sobre medicamentos

3.2.2 - Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde compreende o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica; sanitária; ambiental e de saúde do trabalhador, na produção de informações que subsidiem o planejamento, tomada de decisão, execução, monitoramento e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos. Mantém também a responsabilidade de desenvolver capacitação técnica e estimular pesquisas de interesse para a Saúde Coletiva.

Uma estrutura importante que propicia 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), recentemente implantado no Município, aprimorando a capacidade técnica das equipes de vigilância, quanto ao enfrentamento dos eventos inusitados e de emergência para a saúde pública.

No sentido de efetivar a integração das vigilâncias faz-se necessário a institucionalização do espaço de discussão e deliberação de questões coletivas inerentes a gestão (Colegiado Gestor de Vigilância em Saúde).

A descentralização das ações das vigilâncias de forma articulada com as ações da atenção á 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.

54- Fortalecer, ampliar e implementar a gestão do Sistema de Vigilância em Saúde no que diz respeito às ações de Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis e não transmissíveis, da análise de situação de saúde e do desenvolvimento da área de vigilância sanitária e saúde do trabalhador, bem como, a institucionalização da vigilância ambiental;

55- Descentralizar as ações de vigilância em saúde para o nível local, possibilitando alcançar com maior agilidade resultados mais efetivos;

56- Facilitar e incentivar as ações de bloqueios de surtos, de modo a alcançar resultados adequados e homogêneos nos diversos territórios que compõem o município.

57- Participar do processo de qualificação dos profissionais, especializados em saúde coletiva, possibilitando medidas de controle efetivas com a implantação de rotinas e normas adequadas.

58- Promover a implantação da Vigilância da Saúde do Trabalhador e participar no que diz respeito aos ambientes e processos de trabalho para prevenção de acidentes, assim como, informação aos trabalhadores sobre os riscos relacionados ao ambiente de trabalho.

59- Desenvolver ações intersetoriais com outros órgãos e instituições voltadas para a Promoção de Saúde, prevenção e controle de doenças.

60- Integrar de forma efetiva com a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família consolidando parceria nas ações de vigilância em saúde;

61- Promover ações de Educação em Saúde e Comunicação na área, propiciando a integração com outros órgãos da Prefeitura, em particular com a Secretaria Municipal de Educação, atuando de maneira efetiva com escolares da rede pública e privada.

62- Consolidar a atenção integral à saúde dos munícipes, por meio da articulação do processo de trabalho das vigilâncias com as ações da atenção à saúde;

3.2.3 - Vigilância Epidemiológica

A missão do Serviço de Vigilância Epidemiológica é coordenar, normatizar e divulgar informações do processo saúde-doença no município de Vitória. Além de subsidiar o planejamento, tomada de decisão, execução, monitoramento e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos nesse nível de atenção.

63- Manter conhecimento atualizado da situação Epidemiológica das doenças e dos fatores que as condicionam;

64- Analisar a situação de saúde do município de Vitória, através da consolidação dos dados epidemiológicos gerados pelo uso dos sistemas nacionais de informação (SIM, SINASC, SINAN, SIA-SUS e SIH-SUS), possibilitando que informações de importância epidemiológica contribuam para definição de diretrizes e ações referentes aos problemas de saúde pública do município.

65- Divulgar, periodicamente, informes epidemiológicos e boletim epidemiológico;

66- Propor e reformular normas relativas às doenças submetidas à Vigilância Epidemiológica;

67- Recomendar a inclusão de doenças na relação das notificações compulsórias;

68- Identificar e qualificar novas fontes notificadoras, bem como, monitorar as já existentes;

- 69- Aprimorar a busca ativa de casos de doenças de notificação compulsória e de outras de interesse epidemiológico;
- 70- Facilitar, incentivar os serviços de saúde e núcleos de epidemiologia hospitalar do município no que diz respeito às ações de Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis agudas, possibilitando detecção precoce de surtos e epidemias e vigilância das doenças transmissíveis crônicas como AIDS, tuberculose e hanseníase, bem como conhecimento das doenças emergentes;
- 71- Informar ao CIEVS todos os surtos e eventos inusitados ocorridos no município;
- 72- Assumir, quando necessário, controle operativo de situações epidêmicas, quer de doenças de notificação compulsória, quer agravos inusitados à saúde;
- 73- Promover a realização de pesquisas e inquéritos epidemiológicos;
- 74- Subsidiar o Conselho Municipal de Saúde com informações epidemiológicas do município;
- 75- Promover a estruturação da Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS), de forma integrada com a assistência e a promoção da saúde, através de oficinas, reuniões e seminários;
- 76- Implementar a vigilância das DANTS através dos resultados da análise de dados dos inquéritos e ações voltadas para a redução de danos relacionados a fatores de risco (alimentação, tabagismo, alcoolismo, obesidade) e para doenças crônico-degenerativas, saúde mental e outros;
- 77- Monitorar prevalência de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT);
- 78- Investigar a mortalidade por causas externas (acidentes e violências) e monitorar a morbidade por este grupo de causas;
- 79- Implantar e programar a ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo ciclos de vida, em articulação com a Rede de Proteção;
80. Ampliação do Projeto Piloto do território de saúde Maruípe, com implantação da ficha de notificação de violência contra a pessoa idosa em articulação com a Rede de Proteção à Pessoa Idosa.
- 81- Coordenar, em integração com a Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde, os programas de capacitação de pessoal com ênfase em Vigilância Epidemiológica;

- 82- Promover capacitação de profissionais dos serviços para exercer ações de Epidemiologia Aplicada a Serviços de Saúde;
- 83- Promover educação permanente dos sanitaristas dos territórios de saúde;
- 84- Desenvolver ações de forma integrada com as equipes das demais vigilâncias, como a de controle de vetores, favorecendo as ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores (Dengue, Leishmaniose, Esquistossomose e Malária);
- 85- Integrar de forma efetiva com a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família consolidando parceria nas ações de vigilância de doenças transmissíveis agudas e crônicas, atividades de imunização, controle de vetores, prevenção e controle de doenças crônico degenerativas (redução de danos) e outros agravos relevantes;
- 86- Avançar na descentralização das ações de hanseníase e tuberculose;
- 87- Descentralizar, de forma gradativa, para as unidades de saúde o atendimento anti-rábico;
- 88- Manter a investigação de 100% dos óbitos maternos e infantis dos munícipes de Vitória, ampliando a faixa etária dos óbitos infantis para até cinco anos;
- 89- Ampliar a vigilância da Influenza com a criação de mais uma unidade sentinela no município;

3.2.4 - Saúde do Trabalhador

A Vigilância à Saúde do Trabalhador desenvolve um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

90- Coordenar o processo de articulação intra e inter setorial para implantação e consolidação da Política Municipal de Saúde do Trabalhador.

91- Formular e implantar a Política Municipal de Saúde do Trabalhador. A proposta a ser validada pela SEMUS será elaborada pelo Coletivo Organizado da Saúde do Trabalhador, com representantes das diversas gerências da Secretaria e dos Comitês Gestores Regionais. O processo de implantação e consolidação da política deverá garantir a paridade entre as partes: Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Categorias do Segmento Organizado, e

prevendo prazo de 12 a 15 meses para a apresentação de propostas aos interessados.

92- Priorizar a organização das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica (ações de vigilância das doenças relacionadas ao trabalho) e pela Vigilância Sanitária (ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho). Iniciar por tais ações tem o propósito de conhecer, estudar, analisar, monitorar, vigiar os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença na população trabalhadora do município, com vistas a subsidiar o desenvolvimento de ações e projetos prioritários no campo da Saúde do Trabalhador pelos serviços/setores da SEMUS.

93- Construir a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Município de Vitória, mediante a articulação com outras instituições e o desenvolvimento de ações voltadas à população trabalhadora pelos serviços/setores existentes na Secretaria.

3.2.5 - Vigilância Ambiental

A incorporação da Vigilância Ambiental no campo das políticas públicas de saúde é um fato relativamente recente. A Vigilância Ambiental é uma prática de elevada relevância para a saúde da coletividade, e tem como objetivo: - Identificar e definir ações para a prevenção de agravos e controle de riscos advindos do meio ambiente.

O município de Vitória vem organizando essa vigilância baseada na Vigilância de Fatores de Risco Biológico - que compreende o Controle de Vetores, Controle de Animais Reservatórios e o Controle de Roedores e Animais Sinantrópicos - e na Vigilância de Fatores de Risco não Biológico, que compreende a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, Vigilância da Qualidade do Ar e a Vigilância de Populações Expostas a Solos Contaminados. Para a efetivação dessa vigilância faz-se necessária:

94- A criação do Centro de Vigilância Ambiental, a partir da incorporação do Centro de Controle de Zoonoses e a Vigilância de Fatores de Risco Não Biológicos, com a construção de novo espaço físico que atenda as novas demandas.

95- Instituição e implementação do organograma oficial do CVA e da legislação específica, que definam competências e validem as ações.

96- Formação de equipes multidisciplinares, com capacidade de diálogo com outros setores, com o objetivo de aprimorar e fortalecer as ações de Vigilância Ambiental.

3.2.6 - Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária é definida como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”.

97- Revisar o processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, sob a ótica da responsabilidade sanitária, com a definição do elenco norteador para subsidiar a descentralização da gestão e das ações, mediante:

I – A análise dos riscos sanitários, da situação de saúde e das necessidades sociais;

II – O levantamento e análise dos recursos físicos, financeiros e humanos existentes e os necessários ao desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária;

III – A definição de agendas de prioridades locais, com vistas a intervenções.

98- Adequar os processos de trabalho de Vigilância Sanitária visando à integração com as demais políticas e práticas de saúde.

99- Definir as relações e responsabilidades sanitárias das três esferas de governo, estabelecendo formas de articulação e execução de ações de Vigilância Sanitária de maneira integrada e consoante com os princípios do SUS.

100- Estimular a construção de práticas de gestão que incentivem a intersetorialidade, institucionalizadas formalmente, compartilhando espaços de ações e serviços com outros setores governamentais e não governamentais que possuam interface com o campo de atuação da Vigilância Sanitária e respeitando as especificidades locais.

101- Definir e implementar instrumentos de pactuação e gestão que favoreçam maior eficiência, eficácia e efetividade à ação de Vigilância Sanitária, reconhecendo e respeitando a diversidade e especificidade local.

102- Fortalecer a Vigilância Sanitária:

I – Estruturar a Vigilância Sanitária para o gerenciamento do risco sanitário local;

- II – Promover a qualificação dos profissionais que atuam em Vigilância Sanitária.
- 103- Desenvolver processos de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria compartilhados e contínuos.
- 104- Articular efetivamente as políticas e práticas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador.
- 105- Institucionalizar ações de caráter intersetorial com os diversos órgãos que tenham interface com ações de Vigilância Sanitária:
- I Articular com outros órgãos responsáveis por ações regulatórias, reconhecendo os limites de competência;
- II Articular as ações de Vigilância Sanitária com as prioridades das demais políticas públicas;
- III Articular com os diversos órgãos e entidades de proteção do consumidor; defesa da cidadania; regulação econômica e monitoramento de mercado, bem como com os órgãos responsáveis pelo controle de qualidade e avaliação de conformidade;
- IV Articular com as empresas empregadoras, sindicatos, estabelecimentos privados de prestação de serviços para a redução de riscos sanitários e melhoria das condições de vida e saúde.
- 106- Aprimorar a aplicação do princípio da precaução como um valor fundamental para as ações de Vigilância Sanitária, para a avaliação de novas tecnologias e para a tomada de decisões, de forma a proteger e promover a saúde da população.
- 107- Promover acesso aos conhecimentos científicos pertinentes às ações de regulação para os profissionais de Vigilância Sanitária.
- 108- Promover mecanismos de disseminação efetiva das comunicações de risco sanitário à população.
- 109- Articular entre as diversas esferas de governo para definir prioridades da regulação sanitária e da execução das ações de Vigilância Sanitária.

110- Elaborar e revisar a legislação, o marco regulatório, os regulamentos técnicos e os processos de trabalho em Vigilância Sanitária, de forma participativa e à luz dos conhecimentos recentes e das referências internacionais.

111- Consolidar e ampliar, em consonância com o sistema nacional, a estratégia de vigilância e monitoramento de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e serviços de saúde.

112- Articular a ação regulatória da Visa com as diretrizes e estratégias da política de desenvolvimento nacional, levando em consideração os riscos sanitários, contribuindo para o aprimoramento da qualidade de produtos, processos e serviços.

113- Articular as ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e de Saúde do Trabalhador, no sentido de consolidar a vigilância dos determinantes do processo saúde-doença, com vistas à atenção integral à saúde.

114- Promover e fortalecer o trabalho conjunto da Vigilância Sanitária com a atenção básica, contribuindo para a reflexão de saberes e práticas multidisciplinares e intersetoriais, favorecendo a integralidade das ações de saúde.

115- Revisar o processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, considerando a responsabilidade sanitária, o território, o risco sanitário, a transcendência de eventos de interesse da saúde e as prioridades nacionais e locais de saúde, visando à integralidade das ações de atenção à saúde.

116- Articular a definição de políticas de formação de trabalhadores do SUS para promover a integração da Vigilância Sanitária com as demais áreas da saúde no cumprimento do princípio da integralidade.

117- Incentivar a produção de pesquisa pelo serviço de Vigilância Sanitária.

118- Promover sistematicamente eventos para a ampla difusão de conhecimentos sobre os determinantes do processo saúde-doença, fatores de risco e situação de saúde da população.

119- Promover espaços compartilhados de atuação dos setores envolvidos na produção de saúde, fortalecendo parcerias intersetoriais e intra-setoriais, para desenvolvimento de ações voltadas à informação, mobilização, participação e

efetivo controle social, com vistas a garantir os direitos à saúde de toda a população.

120- Promover ações que contribuam para elevar a consciência sanitária da sociedade, na percepção do risco sanitário e na compreensão do funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo os aspectos da universalidade, do acesso, da democratização da informação, da comunicação e da transparência.

121- Fortalecer os fóruns de discussão no âmbito da Vigilância Sanitária, com a participação dos órgãos de governo, do setor produtivo e dos segmentos da sociedade civil organizada.

122- Fortalecer a qualificação do controle social na temática de Vigilância Sanitária: I Garantir o acesso à informação em Vigilância Sanitária; II Desenvolver ações educativas em Vigilância Sanitária para os conselheiros de saúde.

123- Organizar Conferência Municipal de Vigilância em Saúde com três eixos temáticos:

I - Vigilância Sanitária;

II - Vigilância Ambiental;

III - Vigilância Epidemiológica.

124- Desenvolver medidas que permitam alcançar a disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e capacitar prescritores sobre estes medicamentos.

125- Capacitar permanentemente o farmacêutico para atuar em farmácias públicas integrado aos programas de saúde.

126- Proporcionar ao farmacêutico condições físicas e ferramentas adequadas para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico do paciente.

127- Implementar as propostas aprovadas pela I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de 2005.

128- Elaborar e implantar nas US informativos de orientação quanto ao uso correto dos medicamentos.

129- Elaborar e implantar nas US embalagens secundárias para acondicionamento dos medicamentos dispensados à população, em conformidade com a legislação vigente, considerando as experiências existentes no município.

130- Implementar na assistência à saúde com homeopatia, viabilizando a disponibilização de medicamentos homeopáticos.

3.3 - Eixo III – Gestão do Sistema Único de Saúde

No Pacto de Gestão, União, estados, municípios e DF acordaram um conjunto de responsabilidades comuns e específicas em relação à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, gestão do trabalho, educação na saúde, participação e controle social.

-Descentralização - busca pelo aprofundamento do processo de descentralização das ações de saúde e dos processos administrativos relativos à gestão, com ênfase na descentralização compartilhada;

-Regionalização - busca pela definição de recortes regionais de assistência à saúde (Regiões de Saúde) a partir das realidades locais e não considerando apenas um desenho nacional único. A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;

-Financiamento - transferência de recursos federais para estados e municípios estruturados em cinco blocos. Tanto União quanto os estados devem utilizar, preferencialmente, a forma de repasse fundo a fundo;

-Planejamento - eixo estruturante da relação entre os gestores. Busca pela pactuação tripartite das bases funcionais para construir um sistema de monitoramento e avaliação, bem como promover a participação social e a integração intra e inter-setorial;

-Programação Pactuada e Integrada - planejamento de ações de saúde em cada território que vai nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores;

-Regulação - a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme o desenho da rede de assistência pactuada entre os gestores e os termos de compromisso de gestão;

-Participação e Controle Social - comprometimento dos gestores em: apoiar a estruturação dos conselhos de saúde, conferências, movimentos sociais e a capacitação dos conselheiros; estimular a participação dos cidadãos nos serviços de saúde; apoiar a implantação de ouvidorias nos estados e municípios;

-Gestão do Trabalho - Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde,

promovendo a adequação dos vínculos, nas três esferas de governo, com apoio técnico e financeiro aos municípios, pelos estados e União, conforme legislação vigente;

-Educação na Saúde - considera a educação permanente como parte essencial da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS.

3.3.1 - Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria

Na nova lógica do Pacto de gestão faz-se necessário que sejam desenvolvidos novos métodos de controle e avaliação que forneçam subsídios para análise da adequação da organização do Sistema e do modelo de gestão, das facilidades de acesso e da qualidade assistencial em função do impacto das ações e serviços sobre a saúde da população, privilegiando a perspectiva de avaliação da satisfação do usuário.

A Política de Regulação da Atenção à Saúde deve ter como objetivo implementar uma gama de ações meio que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações. Deve, portanto articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores, regular as ações e serviços de saúde tais como: fazer dos contratos pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos assistenciais e programar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores.

131- Assumir a gestão financeira dos serviços de saúde de Média Complexidade Ambulatorial próprios da Rede SEMUS.

132 - Assumir a Gestão dos Serviços de Saúde de Referência Intermunicipais, por meio de pactuação com os municípios da microrregião de saúde, de acordo com a PPI (Programação Pactuada Integrada) Estadual.

133- Ampliar a abrangência da Regulação do acesso através da Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados para os municípios da Microrregião Vitória.

134- Efetivar a co-gestão dos prestadores situados no município de Vitória, inicialmente responsáveis pela oferta de consultas e exames especializadas de Média Complexidade Ambulatorial, assumindo as responsabilidades relativas ao cadastramento, Regulação, Controle e Avaliação.

135- Avançar na Gestão, por meio de pactuação com a SESA, assumindo as responsabilidades de seleção, cadastramento, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento dos prestadores situados no município de Vitória que realizam serviços a nível ambulatorial.

136- Participar efetivamente da elaboração da Programação Pactuada Integrada – PPI com a SESA.

137 - Instituir política de atenção às urgências sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização, regionalização e resolutividade, implantando o acolhimento e classificação de risco nas unidades de saúde do Município de Vitória.

138- Reorganizar a atenção especializada ambulatorial de forma regionalizada e resolutiva

133- Fomentar a implementação das ações de auditoria do SUS no âmbito de sua gestão

139- Gerir, validar e transferir tecnologias e conhecimentos com vista ao fortalecimento dos municípios da microrregião de saúde na implantação ou implementação dos processos de trabalho que otimizem a Regulação da assistência a saúde.

140- Programar e fortalecer os Instrumentos de Regulação Controle e Avaliação:

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);

Cartão Nacional de Saúde;

Contratualização de serviços de saúde;

Sistemas de Informação;

Portarias Técnicas;

Sistemas Informatizados de Regulação;

Protocolos Clínicos e de Regulação;

Relatórios;

Mecanismos de acompanhamento da PPI;

Indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade;

Central de Agendamento e/ou Marcação e Central de Regulação;

Conformação das Redes Assistenciais;

Linhas de cuidado.

141- Regular o acesso dos seus munícipes e da população referenciada aos serviços de saúde da rede própria e credenciada existentes no município

142- Avaliar e monitorar a resolutividade de Programação Pactuada Integrada Estadual

143- Fomentar as ações de avaliação dos serviços e ações de saúde sob sua gestão.

3.3.2 - Controle Social

144- Ampliar a participação popular com a instalação dos Conselhos Locais de Saúde nos demais serviços de saúde, conforme prevê a Lei Municipal 6606.

145- Implantar Política Municipal de Educação Permanente para o Controle Social do SUS, nos termos da Política Nacional, efetivando um processo de capacitação dos conselheiros municipais e locais de saúde e atores da sociedade organizada.

146- Aprimorar a estrutura da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, com vistas a qualificar as atividades do conselho e melhorar o desempenho dos conselheiros.

147- Avançar no processo de troca constante de experiências com outros conselhos das esferas de governo federal, estadual e municipal e possibilitar o acesso aos eventos e fóruns que debatem as políticas do SUS.

148- Promover espaços e fóruns de discussão de temáticas relativas à saúde da população negra, mulheres, idosos, LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais), pessoas com deficiência, pessoas com sofrimento psíquico entre outras.

3.3.3 - Gestão do Trabalho em Saúde

149- Estabelecer estratégias que possibilitem o desenvolvimento do trabalhador, a promoção institucional e a dignidade do trabalho em saúde;

150 - Reconhecer o trabalho em saúde como um movimento contínuo de construção entre trabalhadores, gestores e usuários, buscando a humanização das relações sociais e a inserção de valores como a ética, a cooperação, o respeito e a solidariedade.

151- Buscar estratégias quanto ao financiamento da política de reposição da força de trabalho descentralizada

152 - Viabilizar por meio da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS, estratégias que possibilitem a negociação, buscando analisar os problemas enfrentados pela gestão e por trabalhadores, propondo soluções que consolidem os preceitos do SUS, criando indicadores que mensurem sua eficácia e eficiência.

153- Incentivar e apoiar a implantação de Mesas de Negociação nos municípios do Estado do Espírito Santo, buscando efetivar o Sistema de Negociação Permanente;

3.3.4 - Educação Permanente em Saúde

154 - Elaborar uma política de saúde ocupacional para o trabalhador da saúde e implantar as comissões de saúde do trabalhador nas Unidades de Saúde.

155- Criar a Escola Técnica do SUS – Vitória com objetivo de ofertar cursos de formação técnica e especialização pós-técnica para os trabalhadores da saúde de Vitória e outros municípios, visando atender a demanda de formação de servidores, a qualificação do serviço e fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde.

156- Participar da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço (CIES), com composição intersetorial e interinstitucional, objetivando contribuir na formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde do Estado do Espírito Santo.

157- Investir na formação dos profissionais, pautados nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, oferecendo cursos em nível de pós-graduação de forma a garantir o aprimoramento técnico nas áreas de gestão, atenção e vigilância em saúde.

158- Aperfeiçoar o desempenho dos profissionais, de todos os níveis, que atuam na atenção primária à saúde do município de Vitória, com oferta de ações de formação e desenvolvimento, planejadas a partir da realidade local e comprometidas com a construção de projetos de intervenção em saúde.

159- Oportunizar participação dos servidores municipais da Saúde em eventos técnicos científicos em âmbito municipal, regional e nacional.

160- Promover espaços de participação e articulação dos profissionais com os movimentos de educação popular em saúde.

161- Apoiar e promover ações de formação e qualificação do controle social para fortalecimento da participação popular no SUS.

162- Fortalecer a relação com as Instituições de Ensino Superior e Técnico, das profissões de saúde, com vistas a incentivar a adequação da formação às diretrizes do SUS.

163- Instituir os programas de Internato em Medicina e Residência Multiprofissional em Saúde de forma a qualificar a formação dos profissionais e fortalecer a estratégia de saúde da família no Município de Vitória.

164- Regular e organizar a demanda por investigação científica, conforme linhas de pesquisa elaboradas pela SEMUS com base nas diretrizes da Política Municipal de Saúde, bem como compartilhar dados científicos, produzidos por meio dessas, em publicação impressa.

165- Realizar eventos técnicos científicos, com periodicidade bienal, para apresentação de pesquisas e experiências exitosas em saúde desenvolvidas no Município de Vitória.

166 - Implantar a teleducação de forma a ampliar o acesso às ações de formação e desenvolvimento em saúde com adoção de novas tecnologias, inclusive assistivas, garantindo o acesso a todas as pessoas.

167- Garantir que para a construção dos próximos Planos de Saúde haja discussão preliminar com antecedência mínima de dez meses da Conferência Municipal de Saúde para que sua construção seja feita de forma ascendente nos territórios de saúde.

168- Que as Conferências Municipais de Saúde não sejam vinculadas a Conferência Nacional de Saúde e que seja o espaço de construção e aprovação do plano municipal de saúde.

169- Viabilizar estudos para implantação do prontuário eletrônico como mecanismo de melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

170- Garantir que a Política de Saúde Municipal mantenha-se com caráter público evitando a sua terceirização.

171- Garantir a participação do profissional agente comunitário de saúde e agente de saúde ambiental em toda e qualquer negociação voltada para adoção e adequação do vínculo trabalhista desses profissionais.

172- Instituir parcerias com o Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de forma a efetivar o processo de capacitação e atualizações contínuas, tendo em vista a Modalidade de Educação à Distância (EAD), contemplando inclusive o quadro técnico da Vigilância em Saúde.

4 - MOÇÕES APROVADAS NA VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

001 - Formação em libras para os profissionais da SEMUS tendo em vista que é a segunda língua brasileira. Para que haja melhor qualidade no atendimento a pessoa com deficiência auditiva e garanta a sua acessibilidade;

002 - Os delegados da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória manifestam-se em repúdio do Projeto da SESA de deslocamento do Pronto Socorro Psiquiátrico para o Hospital Aduino Botelho considerando que tal ação contaria o movimento que vem sendo feito por Vitória e outros municípios no sentido da implantação de redes de atenção psicossocial territoriais e permitem a oferta de atenção integral mais próxima da comunidade como é a diretriz da OMS. Repudiamos ainda a falta de capacitação do SAMU para atenção as urgência psiquiátricas e a falta de projeto para o remanejamento dos leitos psiquiátricos para os hospitais gerais.

5 – RECOMENDAÇÕES ENCAMINHADAS NA VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

001 - Realizar as Reuniões do Conselho Local em horários alternados, uma no horário de serviço, a outra no horário que possibilite a participação do conselheiro, usuário e trabalhador. (Para o Conselho Municipal de Saúde)

002 - Revisar a legislação de direito dos trabalhadores que hoje não estão sendo contemplados plenamente. Ex.: Insalubridade, ticket alimentação (Mesa de Negociação Permanente do SUS).

6 – ANEXOS

6.1 – Anexo A - Regimento da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, aprovado na 28ª reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, realizada no dia 28 de maio de 2009.

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS

Art. 1º – A VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, convocada pelo Conselho Municipal de Saúde de Vitória tem por objetivos:

I) Avaliar a situação da saúde da população do município de Vitória, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

II) Avaliar os resultados da aplicação do Plano Municipal de Saúde do Município de Vitória, a partir dos Relatórios de Gestão.

III) Definir diretrizes para a Revisão do Plano Municipal de Saúde do Município de Vitória, com objetivo de que o mesmo sirva de base para construção do Plano Plurianual da PMV.

IV) Definir diretrizes que possibilitem o fortalecimento da participação social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS.

CAPÍTULO II DA REALIZAÇÃO

Art. 2º – A VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória será realizada em etapa única, na qual será debatido o tema central e os eixos temáticos.

§ 1º Os delegados que participarão da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória serão eleitos sob a coordenação do Conselho Municipal de Saúde de Vitória da seguinte forma:

I – 4 (quatro) delegados eleitos em cada Conselho Local de Saúde, sendo 2 (dois) delegados representantes do segmento dos Usuários, 1 (um) delegado representante do segmento dos Trabalhadores da Saúde e 1 (um) delegado representante do segmento dos Gestores, totalizando 108 (cento e oito) delegados;

II – Delegados eleitos em Pré-Conferências a serem realizadas nas regiões de saúde, Continental, Maruípe, Centro/Forte de São João e São Pedro/Santo Antonio, totalizando 100 (cem) delegados, conforme anexo I;

III – Delegados indicados pelas entidades que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Vitória, totalizando 60 (sessenta) delegados e;

IV – Conselheiros Municipais de Saúde de Vitória, titulares e suplentes, totalizando 32 (trinta e dois) delegados.

§ 2º Os Conselheiros Municipais de Saúde de Vitória, titulares e suplentes, são delegados natos para participarem da VI Conferência Municipal Saúde de Vitória.

Art. 3º – A VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória realizar-se-á de 29 a 31 de julho de 2009.

§ 1º A não realização das Pré-conferências previstas no inciso II do art. 2º não constituirá impedimento à realização da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, na data prevista.

§ 2º Na VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória será assegurada a paridade dos delegados representantes dos usuários em relação ao conjunto dos delegados dos demais segmentos, conforme a Resolução CNS nº 333/2003 e a Lei nº 8.142/90.

§ 3º A realização da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, e será realizada em Vitória – ES.

CAPÍTULO III

SEÇÃO I

DO TEMA

Art. 4º – Nos termos deste Regimento, a VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória terá como tema central – **“O FUTURO DA SAÚDE EM NOSSAS MÃOS”** e debaterá o Plano Municipal de Saúde através dos seguintes eixos temáticos:

I – Atenção Básica;

II – Atenção de Média e Alta Complexidade e Assistência Farmacêutica;

III – Gestão do SUS e Vigilância em Saúde.

§ 1º Os eixos temáticos serão apresentados em mesa redonda, com objetivo de subsidiar as discussões.

§ 2º Serão elaborados roteiros, de acordo com cada eixo temático, que orientarão as apresentações dos expositores.

SEÇÃO II

DA METODOLOGIA PARA A ELABORAÇÃO DO TEXTO REFERÊNCIA

Art. 5º – As discussões na VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória terão como base um Texto Referência que será elaborado pela Sub-Comissão Temática descrevendo o conjunto de propostas para elaboração do Plano Municipal de Saúde, distribuídos nos eixos temáticos descritos no Art. 4º deste regimento.

Art. 6º – O conjunto de propostas de cada eixo temático do texto de referência será submetido a uma plenária temática para apreciação.

SEÇÃO III

DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS

Art. 7 – Serão consideradas como instâncias deliberativas da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória:

I – Plenária de Abertura;

II – Plenárias Temáticas;

III – Plenária Final.

§1º A Plenária de Abertura terá como objetivo deliberar sobre o Regulamento da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória.

§ 2º As Plenárias Temáticas, compostas paritariamente e realizadas simultaneamente, num número total de 3 (três), deliberarão sobre os eixos temáticos da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória da seguinte forma:

I – O Texto Referência será lido e votado por eixos temáticos.

II – Após leitura do Texto de Referência, será aberto o prazo de 30 minutos para apresentação de propostas inusitadas, pertinentes ao tema.

III – Concluídas as etapas I e II, será iniciado o processo de votação das propostas visando a construção de um Relatório Consolidado na forma a seguir:

A – As propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) dos votos, em cada Plenária Temática, deverão constar do Relatório Final para homologação;

B – As propostas que obtiverem de 30% (trinta por cento) até 69% (sessenta e nove por cento) dos votos irão para votação na Plenária Final.

§ 3º A Plenária Final, que terá como objetivo aprovar um Relatório que expresse o resultado dos debates da Conferência e que contenha diretrizes para formulação de políticas para elaboração do Plano Municipal de Saúde do Município de Vitória, deliberará sobre o Relatório Consolidado das Plenárias Temáticas.

§ 4º As propostas de diretrizes constantes do Texto Referência, disponibilizadas aos delegados e não destacadas nas Plenárias Temáticas serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória.

§ 5º As propostas constantes do Relatório Consolidado destacadas nas Plenárias Temáticas, deverão ter a aprovação de, no mínimo, 50% + 1 (cinquenta por cento mais um) dos votos para compor o Relatório Final.

§ 6º Compete à Plenária Final a aprovação do Relatório Final da VI e das Moções.

§ 7º O Relatório aprovado na Plenária Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, será encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde.

CAPÍTULO IV DA ORGANIZAÇÃO

Art. 8º – A VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória contará com uma Comissão

Organizadora para a organização e o desenvolvimento de suas atividades.

Art. 9º – A Comissão Organizadora definirá para o desenvolvimento de suas ações as seguintes Sub-Comissões:

- Sub-Comissão de Infraestrutura;
- Sub-Comissão Temática;
- Sub-Comissão de Relatoria e;
- Sub-Comissão de Articulação e Mobilização.

Parágrafo único – A função de Coordenador Geral da Conferência será exercida pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 10º – A Comissão Organizadora, designada por Resolução do Conselho Municipal de Saúde e composta por representantes dos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde e conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, dará apoio administrativo, financeiro, técnico e de infraestrutura para execução das suas atividades e das deliberações do Pleno do Conselho Municipal de Saúde à realização da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória.

§ 1º A Comissão Organizadora da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória é composta de 21 membros assim distribuídos:

Alberto Batista Vidal – Vigilância Sanitária - SEMUS,
Ana Lúcia França – Gerência de Vigilância em Saúde - SEMUS,
Benedito Domingos dos Santos – Conselho Municipal de Saúde,
Cláudia Ruas Alves – Gerência de Atenção à Saúde - SEMUS,
Duse Eleonora Moraes Spelta – Gerência de Atenção à Saúde - SEMUS,
Edson Ferreira – Conselho Municipal de Saúde,
Élida Rocha – Conselho Municipal de Saúde,
Gleice Grassi – Gerência de Atenção à Saúde - SEMUS,
Guacira Mendes Lomeu – Gerência de Vigilância em Saúde - SEMUS,
Ismênia Novaes Barbosa – Conselho Municipal de Saúde,
Josilda Terezinha Bertuloso Ferreira – Gerência de Vigilância em Saúde - SEMUS,
Juliana Carvalho Rodrigues – Centro de Controle de Zoonoses - SEMUS,
Laíra Augusta Viegas Vasconcellos – Conselho Municipal de Saúde,
Luceni Gomes de Novaes – Conselho Municipal de Saúde
Maria da Penha Campos de Rezende – Conselho Municipal de Saúde,
Maria da Penha Oliveira Peres – Conselho Municipal de Saúde de Vitória,
Maria Maruza Carlesso – Conselho Municipal de Saúde,
Marília Oliveira Boynard – Conselho Municipal de Saúde,
Roberta Bissoli Saleme – Conselho Municipal de Saúde,

Sebastião Rodrigues de Souza – Conselho Municipal de Saúde,
Sônia Maria Lievori do Rego Pereira – Conselho Municipal de Saúde e SEMUS,
Walace Nascimento Lúcio – Conselho Municipal de Saúde.

§ 2º As atividades da Comissão de Organização encerrar-se-ão na entrega do Relatório da Conferência ao Conselho Municipal de Saúde.

SEÇÃO I

ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 11 – A Comissão Organizadora da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória tem as seguintes atribuições:

I – Encaminhar a realização da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, atendendo às deliberações do Conselho Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde.

II – Propor ao Pleno do Conselho Municipal de Saúde e à SEMUS:

A. O temário central com os eixos temáticos da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória;

B. A metodologia de realização da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória e da elaboração do relatório final;

C. Os nomes dos expositores e dos debatedores das mesas-redondas;

D. Os critérios para participação e a definição dos convidados;

E. Elaboração de roteiros de orientação dos expositores das mesas redondas;

F. O número de delegados e sua distribuição por segmento;

III – Definir e acompanhar a disponibilidade e organização da infraestrutura;

IV – Elaborar o Texto Referência para discussão na VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória;

V – Elaborar e encaminhar o Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória ao Conselho Municipal Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde;

VI – Discutir e deliberar sobre todas as questões julgadas pertinentes sobre a VI - Conferência Municipal de Saúde de Vitória e não previstas nos itens anteriores, submetendo-as ao Pleno do Conselho Municipal de Saúde;

VII – Realizar o julgamento dos recursos relativos ao credenciamento de delegados;

SEÇÃO II

ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 12 – Ao Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde compete:

I. Convocar e participar das reuniões da Comissão Organizadora;

II. Submeter a aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Vitória as propostas e encaminhamentos da Comissão Organizadora;

III. Organizar a pauta das reuniões da Comissão Organizadora;

IV. Articular a dinâmica de trabalho entre a Comissão Organizadora e a Secretaria Municipal de Saúde;

Art. 13 – À Sub-Comissão de Infra-estrutura:

I. Supervisionar todo o processo de organização da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória.

II. Organizar e manter arquivo dos documentos recebidos e cópia dos documentos encaminhados em função da realização da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória;

III. Encaminhar os documentos produzidos pela Comissão Organizadora da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória para encaminhamentos e providências.

IV. Definir instrumentos e mecanismos de divulgação da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória;

V. Promover a divulgação do Regimento Interno e Regulamento da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória;

VI. Orientar as atividades de Comunicação Social da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória;

VII. Propor condições de infra-estrutura necessárias à realização da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, referentes ao local, equipamentos e instalações, audiovisuais, de reprografia, comunicações, hospedagem, transporte, alimentação e outras;

VIII. Avaliar, juntamente com a Comissão Organizadora, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória.

IX. Enviar orientações aos Conselhos Locais de Saúde e às entidades municipais da sociedade, relacionadas às matérias aprovadas pela Comissão Organizadora;

X. Estimular e apoiar as Pré-Conferências.

XI. Propor, elaborar e realizar métodos de credenciamento dos delegados e os controles necessários;

XII. Propor e organizar o apoio da Secretaria da Conferência;

Art. 14 – À Sub-Comissão de Relatoria cabe:

I. Coordenar o processo de trabalho dos relatores das Plenárias Temáticas e Plenária Final.

II. Consolidar em conjunto com a Sub-Comissão Temática o documento referência para distribuição aos delegados da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória;

III. Coordenar a elaboração do Relatório Consolidado das Plenárias Temáticas;

IV. Coordenar a elaboração das moções para apreciação da Plenária Final e organizar aquelas aprovadas, no Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória;

V. Elaborar a proposta de Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória a ser apresentada ao Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde;

Art. 15 – À Sub-Comissão de Mobilização e Articulação cabe:

I. Estimular a organização e realização das Pré-Conferências de Saúde nos territórios do Município definidos neste regimento;

II. Mobilizar e estimular a participação paritária dos usuários com relação ao conjunto dos delegados em toda VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória;

III. Mobilizar e estimular a participação paritária dos trabalhadores de saúde, com relação a soma dos delegados gestores e prestadores de serviços de saúde;

IV. Fortalecer e facilitar o intercâmbio com os Conselhos Locais de Saúde, atores, segmentos e entidades da sociedade do município, visando divulgar e mobilizar a participação na VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória.

Art. 16 – À Sub-Comissão Temática cabe:

I. Propor à Comissão Organizadora nomes de Palestrantes e debatedores;

II. Obter junto aos expositores os textos de suas apresentações para fins de arquivo e divulgação;

III. Convocar técnicos da SEMUS para auxiliá-la, em caráter temporário ou permanente, no exercício das suas atribuições;

IV. Elaborar o Texto Referência para orientar os debates da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória.

CAPÍTULO V DOS PARTICIPANTES

Art. 17 – Participarão da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória representantes do governo federal, governo estadual e governo municipal, representações de trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços de saúde localizados no município de Vitória e dos usuários do SUS.

§1º Nos termos do § 4º do art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a representação dos usuários em todas as Etapas da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde.

§ 2º Nos termos da Resolução nº 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde, a distribuição da representação dos usuários, dos profissionais de saúde, dos gestores e dos prestadores de serviço será da seguinte forma:

I – 50% dos participantes serão representantes dos usuários;

II – 25% dos participantes serão representantes dos profissionais de saúde; e

III – 25% serão representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde.

§ 3º A escolha dos delegados à VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, nos diversos espaços estabelecidos neste regimento, é de competência exclusiva de cada segmento e seus respectivos participantes.

Art.18 – Os participantes da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória serão distribuídos em duas categorias:

I – delegados com direito a voz e voto;

II – convidados com direito a voz.

Art. 19 - Serão delegados na VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória:

I. Delegados eleitos nas Pré-Conferências regionais, de acordo com os seguintes critérios:

A. O número dos delegados eleitos nas Pré-Conferências será calculado com base nos dados populacionais do IBGE e terá tamanho proporcional à região de saúde, no total de 100 delegados;

B. O número final de delegados por região deverá ser múltiplo de 4 (quatro), para dar cumprimento ao previsto no art. 17 deste Regimento (anexo I).

II – Delegados Indicados por entidades e instituições que compõem o Conselho Municipal de Saúde, totalizando de 60 delegados.

III – Delegados natos do Conselho Municipal de Saúde, no total de 32.

IV – Delegados eleitos nos Conselhos Locais de Saúde, sendo 4 por conselho, totalizando 108 delegados, observando-se os termos do Art. 17.

§ 1º Serão eleitos, nas instâncias descritas nos incisos I, II e IV delegados suplentes na proporção de 30% (trinta por cento) do total de cada segmento.

§ 2º Para a substituição de titulares ausentes na VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória as entidades deverão comunicar à Comissão Organizadora da Conferência Municipal até dia 28 de julho de 2009.

§ 3º Os demais suplentes que vierem a preencher vagas de titulares no dia 29 de Julho de 2009, serão credenciados, excepcionalmente, no dia 30 de julho de 2009 de 08 às 10 horas.

Art. 20 – Serão convidados para a VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, representantes de órgãos, entidades, instituições estaduais, nacionais e personalidades com atuação de relevância na área de saúde e setores afins, no total de até 50 pessoas.

Art. 21 – Os participantes da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, com deficiências e com necessidades por motivo de doença, deverão registrar na ficha de inscrição o tipo de deficiência ou sua necessidade específica, com o objetivo de serem providenciadas as condições necessárias a sua participação.

Art. 22 – A inscrição de delegados para VI Conferência Municipal de Saúde deverá ser feita antecipadamente, junto a Comissão Organizadora da Conferência.

A) as inscrições dos delegados eleitos nos Conselhos Locais de Saúde devem ser enviadas à Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde até dia 21 de julho de 2009.

B) as inscrições dos delegados eleitos pelas entidades e instituições que compõem o Conselho Municipal de Saúde devem ser enviadas à Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde até o dia 21 de julho de 2009.

CAPÍTULO VI DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 23 – As despesas com a organização geral para a realização da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória correrão à conta da dotação orçamentária consignada à Secretaria Municipal de Saúde.

§ 1º A Secretaria Municipal de Saúde arcará com as despesas de alimentação de todos os delegados.

§ 2º A Secretaria Municipal de Saúde não arcará com despesas relativas dos convidados.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória e em última instância pelo Conselho Municipal de Saúde.

ANEXO I

Distribuição de Delegados Eleitos nas Pré-Conferências para VI Conferência Municipal de Saúde a partir da População Residente Estimada por Região – 2008 - IBGE

Região de Saúde	População	% de delegados	Nº de delegados com aproximação estabelecida na Resolução nº 333/03 do CNS	Distribuição		
				Usuário	Trabalhador	Gestor/Prest.
Continental	94.477	29,51	28	14	7	7
Maruípe	64.680	20,20	20	10	5	5
Centro / Forte	99.381	31,04	32	16	8	8
Santo Antônio / São Pedro	61.616	19,25	20	10	5	5
Total	320.154	100	100	50	25	25

Obs: Para calcular o número de delegados com a aproximação estabelecida pela Resolução nº 333/2003 do CNS, adotamos como critério a composição de blocos mínimos de 4 delegados, sendo dois usuários, um trabalhador de saúde e um gestor/prestador.

A Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO II

Total de Delegados para VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória

SEGMENTOS

Gestores e Prestadores (25%) – 75

Trabalhadores da Saúde (25%) – 75

Usuários (50%) – 150

TOTAL DE DELEGADOS – 300

*. Estão incluídos, no total de delegados os 32 conselheiros municipais e seus suplentes como delegados natos.

6.2 – Anexo B - Regulamento aprovado na Plenária de Abertura da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória

Regulamento aprovado na Plenária de Abertura da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória

CAPÍTULO I FINALIDADE

Artigo 1º - Este Regulamento tem por finalidade definir as regras de funcionamento para a VI Conferência Municipal de Saúde, convocada pelo Conselho Municipal de Saúde, e

com Regimento aprovado através da Resolução 289/2009 na 28ª Reunião Extraordinária do Conselho Municipal da Saúde de Vitória - CMS, em 28 de maio de 2009.

CAPÍTULO II ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º – A VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória, terá a seguinte organização:

- a – Solenidade de abertura;
- b - Conferência Magna;
- c - Painéis;
- d - Plenárias:
 - 1 - Plenária de Abertura;
 - 2 - Plenárias Expositivas Temáticas
 - 3 - Plenária Final.

CAPÍTULO III TEMÁRIO

Artigo 3º - Nos termos do seu Regimento, a VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória terá como tema central: “*O futuro da Saúde em Nossas Mãos*”, e debaterá as diretrizes para construção do Plano Municipal de Saúde com os seguintes eixos temáticos:

- I. Atenção Básica e Atenção de Média e Alta Complexidade;
- II. Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde;
- III. Gestão do SUS.

Artigo 4º – A Conferência Magna será proferida por convidado da Comissão Organizadora com o tema “20 anos do SUS – Avanços e Desafios”

Artigo 5º – Os Painéis da Conferência debaterão os seguintes temas: “Os Desafios do Controle Social no Sistema Único de Saúde” e “Plano Municipal de Saúde – Uma Construção Coletiva”.

SEÇÃO II PLENÁRIA DE ABERTURA

Artigo 6º - A Plenária de Abertura da VI Conferência Municipal de Saúde terá como função votar o regulamento.

SEÇÃO III PLENÁRIAS TEMÁTICAS

Artigo 7º – Serão instaladas simultaneamente, três Plenárias Temáticas com objetivo de discutir e deliberar acerca das propostas pertinentes aos eixos temáticos dispostos no artigo 3º.

Artigo 8º - Cada Plenária temática será coordenada por 2 (dois) representantes indicados pela Comissão Organizadora e secretariada por membros da Comissão de Relatoria e será dividida em duas etapas, sendo a primeira com apresentação da temática e esclarecimentos e a segunda, com discussão e votação das propostas pertinentes ao tema.

§ 1º- Haverá apresentação de 2 (dois) expositores para cada Eixo Temático.

§ 2º- Os expositores serão pessoas escolhidas pela Comissão Organizadora, com conhecimento na área da saúde;

§ 3º- Cada expositor disporá de 30 (trinta) minutos, prorrogáveis por mais 5 (cinco) minutos, para sua apresentação.

Artigo 9º - Após a exposição, a coordenação da mesa iniciará as inscrições das pessoas do plenário para o debate que terá duração de 01 (uma) hora;

§ 1º - Os delegados e convidados, poderão manifestar-se em relação ao tema por escrito ou verbalmente, durante o período de debate, garantindo-se a ampla oportunidade de participação;

§ 2º - O tempo máximo para manifestação de cada participante será de 02 (dois) minutos improrrogáveis;

§ 3º - Haverá prioridade para manifestação de participantes inscritos pela primeira vez.

Artigo 10º - As exposições e debates serão gravados.

Artigo 11º – A segunda etapa das Plenárias Temáticas são instâncias de debate e votação de propostas segundo cada Eixo e terão a seguinte organização:

I. Quórum mínimo para qualificação da votação de 70% dos delegados.

II. A coordenação da mesa terá a função de conduzir as discussões da Plenária Temática, avaliar o processo de verificação de quórum, controlar o tempo e organizar a participação dos delegados;

Artigo 12º - As Plenárias Temáticas terão como subsídio para a discussão as exposições e o Texto-Referência.

Artigo 13º – A coordenação da Mesa procederá a leitura do Texto-Referência. Durante a leitura, os participantes poderão apresentar seus destaques identificando-se à mesa. Quando houver a apresentação de mais de um destaque sobre o mesmo item, as pessoas serão convidadas a formular destaques de consenso em relação às propostas apresentadas, e encaminhar à mesa as propostas consensuadas e as propostas não consensuadas.

Artigo 14º - As propostas que não receberem destaque durante a leitura serão consideradas aprovadas.

Artigo 15º - Após a leitura do texto-referência, será dado prazo de 30 minutos para apresentação dos destaques por escrito e para encaminhamento à mesa de propostas inusitadas pertinentes ao tema. Em seguida dar-se-á início à votação dos destaques que será encaminhada da seguinte maneira:

I. A mesa coordenadora comunica o número de delegados que compõem os percentuais mínimos para as votações, segundo a lista de Delegados, conforme inciso I do Art. 11º deste regulamento;

II. Haverá a projeção no telão das propostas com os respectivos destaques.

III. A Coordenação da Plenária procederá a leitura das propostas destacadas, apresentará os destaques, consultará a plenária se os participantes se sentem esclarecidos para a votação e procederá a votação do item. Este procedimento será adotado durante todo o processo de apreciação dos destaques;

IV. Não serão discutidos novos destaques para os itens aprovados.

V. Quando o plenário não estiver esclarecido, a mesa concederá a palavra ao delegado que se apresentar para defender o destaque e ao delegado que se apresentar para defender posição original do texto-referência; o tempo para cada intervenção será de 2 (dois) minutos;

VI. Será permitida uma segunda defesa, de 2 (dois) minutos, a favor e contra, se o Plenário não se sentir devidamente esclarecido para a votação;

VII. A votação será realizada na seguinte ordem: a proposta do texto-referência será a proposta número 1, e o (s) destaque (s) será (ão) as propostas subseqüentes;

VIII. Quando a proposta obtiver mais de 70% (setenta por cento) dos votos dos presentes nas Plenárias Temáticas, será considerada aprovada pela Conferência e levada para conhecimento da Plenária Final.

IX. As propostas que obtiverem de 30 a 69%, serão levadas à Plenária Final para deliberação.

X. As Propostas que obtiverem votação inferior a 30% serão consideradas reprovadas e suprimidas.

Artigo 16º – Concluída a apreciação dos destaques ao texto-referência, a mesa coordenadora colocará em discussão e votação as propostas inusitadas.

Parágrafo único – Após a leitura, a mesa encaminhará a votação nos termos do artigo 15º deste regulamento.

Artigo 17º - A mesa coordenadora da Plenária Temática avaliará e poderá assegurar o direito de manifestação “pela ordem”, aos delegados, quando dispositivos deste Regulamento não estiverem sendo observados.

Parágrafo Único: Não serão permitidas manifestações “pela ordem” durante o regime de votação.

Artigo 18º - As propostas de encaminhamento poderão ser acatadas pela mesa coordenadora quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação, e que não estejam previstas neste Regulamento.

SEÇÃO IV PLENÁRIA FINAL

Artigo 19º - Participação na Plenária Final:

a) Os delegados com direito a voz e voto;

b) Os convidados com direito a voz.

Parágrafo Único - A Comissão Organizadora destinará locais específicos de permanência para os delegados e os convidados.

Artigo 20º - As sessões da Plenária Final da VI Conferência Municipal de Saúde serão coordenadas por representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores, indicados pela Comissão Organizadora de acordo com a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo Único - As sessões da Plenária Final serão secretariadas por membros da Comissão de Relatoria.

Artigo 21º - A votação do Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde será encaminhada da seguinte maneira:

a - Projeção no telão das propostas oriundas das Plenárias Temáticas, incluindo as propostas para conhecimento, aprovadas de acordo com o item VIII, do Art. 15 deste regulamento;

b - A Coordenação da Plenária procederá a leitura das propostas oriundas das Plenárias Temáticas, nos termos do item IX do artigo 15, e consultará se os participantes se sentem esclarecidos para a votação. Caso positivo, procederá a votação do item. Este procedimento será adotado durante todo o processo de apreciação das propostas;

c - Não será admitida a apresentação de novos destaques ou inclusão de propostas ao conjunto de propostas que serão votadas na Plenária Final;

d - Quando o plenário não estiver esclarecido, a mesa concederá a palavra ao delegado para defender o destaque não consensuado na Plenária Temática, e ao delegado que se apresentar para defender posição contrária à proposta; o tempo para cada intervenção será de 2 (dois) minutos;

e - Será permitida uma segunda defesa, “a favor” e “contra”, de 2 (dois) minutos, se o Plenário não se sentir devidamente esclarecido para a votação;

f - A votação será realizada na seguinte ordem: a proposta do texto-referência será a proposta número 1, e o(s) destaque(s), provenientes da Plenária Temática, serão as propostas subseqüentes;

g - Será considerada aprovada a proposta e os destaques que, na votação, obtiverem maioria simples (maioria na ocasião da votação) dos delegados presentes.

Artigo 22º - A mesa coordenadora da Plenária Final assegurará o direito de manifestação “pela ordem” e propostas de encaminhamento, nos termos dos artigos 17 e 18 deste Regulamento.

Artigo 23º – A VI Conferência Municipal de Saúde será considerada habilitada a aprovar propostas, com quórum mínimo de 50% (cinquenta por cento) mais 1 (um) dos delegados credenciados, presentes em Plenário.

Parágrafo Único - Não havendo quórum, encerra-se a Plenária Final.

SEÇÃO V MOÇÕES

Artigo 24º - As moções encaminhadas exclusivamente por delegados, devem ser apresentadas junto a secretaria do evento em formulário próprio elaborado pela Comissão Organizadora da VI Conferência Municipal de Saúde, até às 17 horas do dia 30 de julho de 2009.

§ 1º - Cada moção deverá ser assinada por, pelo menos, 20% dos delegados credenciados.

§ 2º - A Coordenação da Relatoria organizará as moções recebidas, classificando-as segundo o critério previsto no caput deste artigo e agrupando-as por tema.

§ 3º - Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Conferência, o Coordenador da mesa procederá à leitura das moções e as submeterá a aprovação sumária do Plenário.

§ 4º - A aprovação das moções será por maioria simples (maioria na ocasião da votação) dos delegados presentes.

Artigo 25º - Concluída a votação das moções, encerra-se a sessão da Plenária Final da VI Conferência Municipal de saúde de Vitória.

CAPÍTULO IV CREDENCIAMENTO

Artigo 26º - O credenciamento dos delegados titulares deverá ser realizado no dia 29 de julho de 2009, das 08 horas às 16 horas.

Artigo 27º – No ato do credenciamento os participantes receberão os materiais da conferência, juntamente com seu crachá e os tickets para refeição.

§ 1º – A guarda do material recebido é de responsabilidade exclusiva do participante e em nenhuma hipótese serão repostos.

§ 2º – No ato do credenciamento o participante será informado do número do eixo em que estará credenciado para participar.

Artigo 28º - A substituição dos delegados titulares e o respectivo credenciamento dos delegados suplentes deverá ser feita 08 às 10 horas do dia 30 de julho de 2009.

§ 1º - Fica sob a responsabilidade de cada Conselho Local, que recebeu a ficha de inscrição dos delegados, acompanhar a substituição dos delegados titulares pelos suplentes de seu respectivo conselho.

§ 2º - Fica sob responsabilidade das entidades acompanharem a substituição de delegados titulares por suplentes em seu âmbito de representação.

Artigo 29º - O credenciamento dos convidados será realizado no período previsto no artigo 26 deste Regulamento.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES GERAIS E COMUNS

Artigo 30º - Serão conferidos certificados de participação na VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória aos delegados, integrantes da Comissão Organizadora, convidados, expositores e relatores, especificando a condição da participação na Conferência.

Artigo 31º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora, ad referendum, quando o Plenário não estiver reunido.

Anexo C – Resolução CMSV nº 303/2009

RESOLUÇÃO CMSV Nº 303/2009

O Conselho Municipal de Saúde de Vitória, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei Federal Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Lei Municipal Nº 6.606 de 05 de junho de 2006, Decreto Nº 13.994 de 13 de agosto de 2008 e Decreto nº 14.054 de 02 de outubro de 2008, bem como prerrogativas regimentais e em consonância às deliberações do Plenário na **53ª Reunião Ordinária**, realizada em **09 de julho de 2009**.

Resolve:

Art. 1º - Aprovar as alterações do regimento da VI Conferência Municipal de Saúde de Vitória:

I – Referente a divisão dos eixos temáticos:

- a) Eixo I: Atenção Básica e Atenção de Média e Alta Complexidade.
- b) Eixo II: Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde
- c) Eixo III: Gestão do Sistema Único de Saúde

II - Referente à inclusão de item, na seção III, Art.7º, § 2º, com o seguinte texto: I – Os eixos temáticos serão apresentados na abertura dos trabalhos de cada plenária temática possibilitando aos participantes esclarecerem suas dúvidas e se apropriarem dos assuntos em debate.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Ficam revogadas as disposições em contrário.

Vitória-ES, 13 de julho de 2009.

Luiz Carlos Reblin

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Vitória

Homologo a Resolução CMSV Nº 303/2009 nos termos da Lei Nº 5.983 de 01 de outubro de 2003 de desconcentração administrativa do Poder Executivo.

Luiz Carlos Reblin

Secretário Municipal de Saúde de Vitória