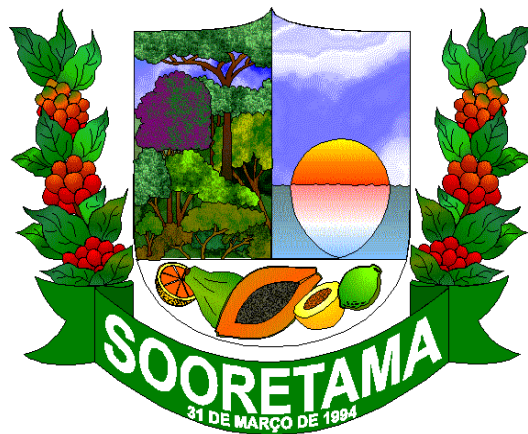


PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



2018 – 2021

Aprovado em 29/12/2017

Resolução Nº 010/2017

PREFEITO

Alessandro Broedel Torezani

VICE-PREFEITO

Aguinaldo Machado

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Mara Broedel Paqueli

SUBSECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Clediana Procópio de Oliveira

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Édson da Silva

COORDENADOR MUNICIPAL DE ATENÇÃO BÁSICA/ATENÇÃO PRIMÁRIA

Adriana Iekel da Cruz de Oliveira

Josiane Guinhasi Daltio

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PMS 2018-2021

Adriana Iekel da Cruz

Elízio Gomes Sequim

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Em sua função de elaborar e controlar a execução da política pública da saúde regional, o Conselho Municipal de Saúde possui as seguintes responsabilidades: controlar o dinheiro da saúde; monitorar a execução das ações na área da saúde; participar da formulação das metas para a área da saúde; reunir-se ao menos uma vez por mês e acompanhar as verbas que são encaminhadas pelo SUS e também os repasses de programas federais.

Desta forma, o Conselho não se limita apenas a acompanhar a assistência médica individual oferecida à população – pelo contrário! A atuação desta entidade, devido à própria busca de integrar as ações da saúde, abrange todas as áreas do setor, seja na fiscalização, na obtenção de informações, na proposta de estratégias ou mesmo na tomada de decisões (nos limites das competências do Conselho Municipal).

As reuniões do Conselho Municipal de Saúde acontecem mensalmente, e, extraordinariamente, quando existe a necessidade de discutir temas urgentes.

LEI DE CRIAÇÃO	Lei Municipal Nº 008/1997
LEI DE ALTERAÇÃO DA LEI Nº 008/97	Lei Municipal Nº 131/1998
LEI DE REFORMA E REESTRUTURAÇÃO DO CMS	Lei Municipal Nº 764/2014
SECRETÁRIO EXECUTIVO	- Adriana Iekel da Cruz
REPRESENTANTES DO PODER PÚBLICO	- Adriana Iekel da Cruz – Titular - Sônia Vanderléia dos Santos – Suplente
REPRESENTANTES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	- Tarcísio de Souza Tessaro – Titular - André dos Santos Ferreira – Suplente - Carlos Alberto de Oliveira – Titular - Marcelo Garcia dos Santos – Suplente
REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE	- Alediana Ferreira de Jesus – Titular - Adriana Maria dos Santos Paim – Suplente - Carla Barcellos Ruy – Titular - Rosiane Kinake Guarini – Suplente

	<ul style="list-style-type: none">- Adébora Agnezi Pubel – Titular- Fernanda Felício Campos – Suplente
REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS	<ul style="list-style-type: none">- Eva Rosa de Souza Tessaro – Titular- Jordina Lopes Peroba – Suplente- Rosinar Padilha dos Santos – Titular- Maria Tereza Matheus Soares – Suplente- Édson da Silva – Titular- Monielli Gama Moura da Silva – Suplente- Ivani Dutra Dias – Titular- Maria de Fátima Dutra Dias – Suplente- Oscar Francisco dos Santos – Titular- Luiz Balbino Menezes – Suplente- Jaime Balbino de Menezes – Titular- José Dias – Suplente

SUMÁRIO:

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. CARACTERIZAÇÃO/HISTÓRICO DO MUNICÍPIO**
- 3. ANÁLISE SITUACIONAL**
 - 3.1. Aspectos Demográficos**
 - 3.1.1. Regionalização
 - 3.2. Aspectos Socioeconômicos**
 - 3.2.1. Renda Familiar Média
 - 3.2.2. Grau de Instrução
 - 3.2.3. Saneamento Básico e Destinação do Lixo
 - 3.3. Aspectos Epidemiológicos**
 - 3.3.1. Morbidade
 - 3.3.2. Mortalidade
- 4. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**
 - 4.1. Atenção Básica**
 - 4.2. Atenção Especializada/Serviço de Referência**
 - 4.3. Estrutura de Apoio Logístico**
 - 4.3.1. Regulação
 - 4.3.2. Transporte Sanitário
 - 4.4. Centro de Fisioterapia**
 - 4.5. Atenção às Urgências e Emergências – Pronto Atendimento**
 - 4.6. Assistência Farmacêutica**
 - 4.7. Vigilância em Saúde**
 - 4.7.1. Vigilância Epidemiológica
 - 4.7.2. Vigilância Sanitária
 - 4.7.3. Vigilância Ambiental
 - 4.8. Imunização**
 - 4.9. Atenção a Populações Específicas**
 - 4.9.1. Saúde da Mulher e da Criança
 - 4.9.2. Atenção ao Pré-natal
- 5. GESTÃO EM SAÚDE**

5.1. Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde

5.2. Investimentos em Saúde

6. COMPROMISSOS PARA O PERIODO 2018/2021

1. INTRODUÇÃO

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 2.135, de 25 de setembro de 2013 definiu Plano de Saúde como instrumento central de planejamento para a definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera (Art. 3º).

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 vem estabelecer as diretrizes, os objetivos e o conjunto de metas a serem alcançadas na área da saúde para os próximos quatro anos. O documento foi elaborado a partir de um amplo diagnóstico situacional, em um processo de planejamento envolvendo várias etapas e níveis de gestão. As metas pactuadas traduzem o anseio e as necessidades da população em diretrizes, objetivos e ações a serem desenvolvidas, com a perspectiva de melhoria na atenção integral à saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Desta forma, este instrumento de planejamento expressa o compromisso da gestão com a implementação e o fortalecimento do SUS municipal em busca da universalidade, da equidade e integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população. Por fim, cabe informar que o Plano é um instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, refere-se a um período de governo (portanto, plurianual) e constitui um documento formal da política de saúde do município.

O Plano de Saúde deverá conter as diretrizes, prioridades, objetivos, estimativa de metas a serem atingidas, estimativa de recursos e de gastos, estratégias de ação e compromissos de governo para o setor, com a participação dos segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a perspectiva do Sistema Único de Saúde.

A Formulação e o encaminhamento dos Planos de Saúde são de competência exclusiva dos Gestores, cabendo aos Conselhos de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgarem necessárias.

O Encaminhamento inicial dos Planos deverá ser feito aos Conselhos de Saúde que analisará o documento, em sessão específica e recomendará as alterações, encaminhado, após estes procedimentos, aos gestores.

Apresentamos o Plano Municipal de Saúde do Município de Sooretama para o período de 2018 a 2021, com a análise situacional e epidemiológica, que subsidia os objetivos, metas e atividades que deverão nortear as agendas municipais de saúde dos anos seguintes que serão elaboradas pelos Técnicos de Saúde do Município e o Conselho Municipal de Saúde.

O compromisso do Governo de Sooretama com a Saúde de nossa população está em consonância com as Políticas Públicas de Saúde Federal e Estadual, conforme os princípios e diretrizes dos instrumentos jurídico-legais que regulam o funcionamento do SUS. As diretrizes políticas (universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular) estão contidas na Constituição Federal, nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, Leis Orgânicas do Estado e do Município e em outras leis e portarias que regem o Sistema de Saúde, bem como, o Pacto Pela Saúde nas suas dimensões – Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, todos de forma articulada, com a finalidade única prestar a atenção à saúde da população de forma a garantir o acesso aos serviços de acordo com as responsabilidades de cada ente federado.

A execução do presente plano dar-se-á por meio de Programações Anuais (que estão em construção) e será atualizado sempre que necessário, sendo que sua avaliação dar-se-á pela apreciação e aprovação dos Relatórios de Gestão Anuais pelo Conselho Municipal de Saúde.

A construção do Plano Municipal de Saúde se deu a partir de reuniões com as Áreas Técnicas de Assistência e Gestão e a participação do Conselho Municipal de Saúde, além de amplo conjunto de documentos de políticas de saúde originados de todas as instâncias do SUS. Deverá ser acompanhado e monitorado

permanentemente pelos Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e Usuários do SUS, através do Conselho Municipal de Saúde.

Pretendemos incentivar a população a participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, para a elaboração de metas e execução de ações para a saúde. Com o objetivo de discutir os problemas relacionados à saúde da população, iremos criar espaços de participação dos trabalhadores da saúde municipal, através de reuniões periódicas.

O Plano Municipal de Saúde de Sooretama 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.

2. CARACTERIZAÇÃO/HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

Na década de 40, começou a surgir um pequeno povoado ao norte do Município de Linhares. Os primeiros moradores dos quais se tem notícia foram Passos Costa e Manoel Crescêncio dos Santos. Com o passar do tempo, o povoado passou a ser chamado de Córrego Manoel Alves. Em 1950, houve uma grande estiagem que atingiu toda a região Norte do Estado, quando quase todos os córregos secaram, menos o Córrego Manoel Alves, que, por ser um rico manancial, saciava a sede de todos os viventes locais. Foi a partir daí que surgiu o nome Córrego D'água, que passou depois a distrito de Linhares.

Já na década de 80, surgiram os primeiros rumores de uma possível emancipação. Mas somente em 1990 um pequeno grupo, muito insistente, resolveu formar uma comissão para que tivesse início o processo. No dia 18 de março desse mesmo ano aconteceu o primeiro plebiscito, que não foi válido, pois o número de eleitores que compareceram as urnas foi inferior a 50%. Menos de 30 dias depois, foi realizado o segundo plebiscito e mais uma vez o povo não compareceu às urnas. O pequeno grupo insistia, pois acreditava que o desmembramento de Córrego D'Água do Município de Linhares só poderia trazer benefícios.

Após muitas idas e vindas da comissão à Assembléia Legislativa, na capital, houve a tão esperada modificação na lei, permitindo que o próximo plebiscito tivesse validade independente do número de eleitores que comparecessem às urnas. A partir daí, toda a população, a favor, mobilizou-se e trabalhou inspirada na frase que ficou na história: “Eu quero Sooretama, quero sim”.

No dia 13 de março de 1994, foi realizado o terceiro e último plebiscito para a emancipação e no dia 31 de março de 1994, através da Lei Estadual nº 4.693, sancionada pelo Governador Albuíno Azevedo, nasceu o Município de Sooretama, desmembrado de Linhares.

Em 03 de outubro de 1996, realizou-se a primeira eleição para prefeito, vice-prefeito e vereadores. Foi eleito o Prefeito Esmael Nunes Loureiro, o Vice –

Prefeito Antônio Maximiano dos Santos e os Vereadores Paulino Irineu Broedel, Nelcy Correia, David Hupp, Geraldo do Livramento, Luiz Fernando Gouvêa, Francisco de Assis Bittencourt, Jair Fabres Pinto, José Elias Ferreira e Moacir Camiletti. Na Segunda eleição municipal, realizada em outubro do 2000, foram eleitos o Prefeito Antônio Maximiano dos Santos o Vice – Prefeito Clarindo Manthaya e os Vereadores Juvenal Bobbio (Presidente), Maria do Carmo Ribeiro Broedel (Vice – Presidente), Jair Fabres Pinto, Ademir Morgan de Oliveira, Joel Dadalto Bazoni, Emir Alves da Silva, Luiz Fernando Gouvêa, Geraldo do Livramento, David Hupp.

O nome Sooretama originou-se da Reserva Biológica que ficou pertencendo ao novo Município e que, em tupi-guarani, significa “habitat de animais silvestres”, com uma área de 586.736 quilômetros quadrados. A população segundo o IBGE 2010 é de 23.843 habitantes e a estimativa para 2017 é de 29.038 habitantes. Vivem na zona rural 6.970 pessoas e outras 16.873 na zona urbana (censo 2010). A densidade demográfica é de 40,66 habitantes por quilômetros quadrados.

Sooretama destaca-se internacionalmente por concentrar em seu território a Reserva Biológica de Sooretama (reconhecida pela Unesco como Reserva da Biosfera da Mata Atlântica) e, nacionalmente, por abrigar parte da Lagoa Juparanã, cuja nascente está localizada no Patrimônio Comendador Rafael. Nesse local, no ano passado, a Prefeitura iniciou a construção de um balneário com infra-estrutura para atender às necessidades básicas dos turistas. A Lagoa Juparanã, após pesquisa solicitada pelo Município de Linhares, foi considerada a maior lagoa em volume de água doce do País e a segunda em extensão, perdendo somente para a Lagoa dos Patos, no Rio Grande do Sul.

As principais atividades econômicas do Município, por ordem de importância, são a cafeicultura, a fruticultura e a pecuária. Existem em Sooretama 8.238 cabeças de gado bovino. Na atividade pesqueira, podem ser encontradas as seguintes espécies: tucunaré, traíra, piranha, cascudo, viola, piaba, curvina, acará, morobá e camarão.

No comércio varejista, a cidade conta com supermercados, açougues, farmácias, papelarias, bares, locadora, padarias, restaurantes, lanchonetes, postos de combustíveis, sapatarias, confecções. No setor industrial, apresenta-se com indústrias de couro, borracha natural, móveis, vassouras, caixas e brevemente será inaugurada uma usina de aço.

A cultura predominante é o café conilon, seguida da seringueira com a extração de látex para o preparo da borracha natural que é comercializada para empresas nacionais. Em Sooretama encontra-se a segunda maior usina de beneficiamento de borracha bruta da América Latina, a Agrobor. Há também grande produção de laranja, maracujá, limão, mamão e coco.

O Município de Sooretama possui uma área de 586.736 quilômetros quadrados. É privilegiado com a Reserva Biológica de Sooretama, que possui uma área de 23.126 hectares, formando um paraíso de Mata Atlântica, com uma imensa diversidade biológica, sob a administração do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Renováveis (IBAMA).

O relevo é caracterizado por planícies, sendo a altitude de 30 metros acima do nível do mar. A temperatura oscila entre 16 e 38 graus centígrados, com o inverno seco e chuvas no verão. Possui uma pequena área territorial banhada pela Lagoa Juparanã e outra pelo Rio São José. Os principais córregos são o Cupido, o Chumbado, o Calçado e o Juerana. Há uma grande preocupação com a Lagoa Juparanã, que é abastecida pelo Rio São José, que, por sua vez, é abastecido por águas de outros afluentes, a partir da cidade de Mantenópolis, na divisa com Minas Gerais. É na referida lagoa que a Prefeitura está desenvolvendo o principal ponto turístico, em fase de implantação, que é o Balneário de Comendador Rafael.

Ao sul e leste, o Município de Sooretama faz divisa com Linhares; ao norte, com Jaguaré; e ao oeste com Vila Valério e Rio Bananal. Possui os povoados de Juncado, Chumbado e Comendador Rafael, sendo este último banhado pela Lagoa Juparanã. Distante da Capital 159 quilômetros, com acesso através da BR 101.

Município: Sooretama

Estado: Espírito Santo

Data da Criação: 31 de Março 1994

Estimativa da População (IBGE 2017): 29.038

Área da Unidade Territorial (Km²): 586,736

Densidade: 48 hab/km²

Clima: 28

Código do Município: 320501

CNPJ: 01.612.155/0001-41

Endereço da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Basílio Cerri, 44, Centro.

CEP: 29.927-000.

CNPJ do Fundo Municipal de Saúde: 11.400.251/0001-80

IDHM: 0,662

PIB: R\$ 414.608 mil

PIB per capita: R\$ 15.718,90 (2011)

3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1. Aspectos Demográficos

A população estimada para o Município em 2017 foi de 29.038 habitantes, representando menos de 1% da população do Estado, sendo 14.777 homens e 14.261 mulheres.

Há um predomínio de jovens e adultos, mais da metade da população atual (55,4%), aproximadamente 37,5% dos moradores da cidade têm menos de 20 anos, visto que a população idosa é pouco predominante, representa 7,1%.

No entanto, são evidentes as mudanças na faixa etária de idosos. Em 2000 os idosos com 60 anos ou mais, representavam aproximadamente 6,1% da população do município. Atualmente as 2.069 pessoas nessa faixa etária correspondem a aproximadamente 7,1%.

Tabela 1 – Crescimento Populacional

ANO	POPULAÇÃO
2010	23.843
2011	24.271
2012	24.685
2013	26.843
2014	27.409
2015	27.966
2016	28.509
2017	29.038

Fonte: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> (Informações de Saúde - TABNET – Demográficas e Socioeconômicas – População Residente - Estimativas de 1992 a 2016 utilizadas pelo TCU para determinação das cotas do FPM (sem sexo e faixa etária) – Clicar no ES).

Tabela 2 – População Residente por Sexo segundo Faixa Etária

Idade	2017			2016			2015			2014		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
	Masc	Fem		Masc	Fem		Masc	Fem		Masc	Fem	
< 1 ano	274	247	521	269	243	512	264	238	502	259	233	492
1 ano	303	294	597	298	288	586	292	283	575	286	277	563
2 anos	280	253	533	275	249	524	270	244	514	264	239	504
3 anos	273	265	538	268	261	528	263	256	518	258	251	508
4 anos	263	305	568	258	299	557	253	293	547	248	287	536
5 anos	267	258	525	262	253	515	257	249	506	252	244	495
6 anos	301	287	588	295	282	578	290	277	567	284	271	555
7 anos	307	245	552	301	240	542	296	236	531	290	231	521
8 anos	314	265	579	308	261	569	303	256	558	297	251	547
9 anos	312	309	621	306	304	610	300	298	598	294	292	586
10 anos	317	309	626	311	304	615	305	298	603	299	292	591
11 anos	317	302	619	311	297	607	305	291	596	299	285	584
12 anos	275	289	564	270	283	554	265	278	543	260	272	532
13 anos	300	308	608	294	303	597	289	297	585	283	291	574
14 anos	285	301	586	280	295	575	274	290	564	269	284	553
15 anos	301	329	630	295	323	618	290	317	606	284	310	594
16 anos	275	267	542	270	262	532	265	257	522	260	252	512
17 anos	262	275	537	257	270	527	252	265	517	247	260	507
18 anos	269	285	554	264	280	544	259	274	534	254	269	523
19 anos	286	262	548	281	257	538	276	252	528	270	247	517
20-24 a	1.438	1.319	2.757	1.412	1.295	2.707	1.385	1.270	2.655	1.358	1.245	2.603
25-29 a	1.377	1.323	2.700	1.352	1.299	2.651	1.327	1.274	2.600	1.300	1.248	2.549
30-34 a	1.351	1.220	2.571	1.326	1.198	2.524	1.301	1.175	2.476	1.275	1.152	2.427
35-39 a	1.090	1.033	2.123	1.070	1.014	2.084	1.050	995	2.044	1.029	975	2.004
40-44 a	887	823	1.710	870	808	1.679	854	793	1.647	837	777	1.614
45-49 a	767	743	1.510	753	729	1.483	739	715	1.454	724	701	1.425
50-54 a	598	597	1.195	587	586	1.173	576	575	1.151	564	563	1.128
55-59 a	471	496	967	463	487	949	454	477	931	445	468	913
60-64 a	351	330	681	344	324	668	338	318	656	331	312	643
65-69 a	246	224	470	242	220	462	237	216	453	232	212	444
70-74 a	184	196	380	181	193	373	177	189	366	174	185	359
75-79 a	114	155	269	112	152	264	110	149	259	108	146	254
80 a e +	122	147	269	120	145	264	117	142	259	115	139	254
Totais	14.777	14.261	29.038	14.507	14.002	28.509	14.231	13.735	27.966	13.948	13.461	27.409

Idade	2013			2012			2011			2010 (censo)		
	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo		Total
	Masc	Fem		Masc	Fem		Masc	Fem		Masc	Fem	
< 1 ano	253	229	482	233	210	443	229	207	436	225	203	428
1 ano	280	271	552	258	250	507	253	245	499	249	241	490
2 anos	259	234	493	238	215	453	234	212	446	230	208	438
3 anos	252	245	498	232	226	458	228	222	450	224	218	442
4 anos	243	281	525	224	259	482	220	254	474	216	250	466
5 anos	247	239	485	227	219	446	223	216	439	219	212	431
6 anos	278	266	544	256	244	500	251	240	492	247	236	483
7 anos	284	226	510	261	208	469	257	205	461	252	201	453
8 anos	290	245	536	267	226	493	263	222	485	258	218	476
9 anos	288	286	574	265	263	528	261	259	519	256	254	510
10 anos	293	286	579	269	263	532	265	259	523	260	254	514
11 anos	293	279	572	269	257	526	265	252	517	260	248	508
12 anos	254	267	521	234	245	479	230	241	471	226	237	463
13 anos	277	285	562	255	262	517	250	258	508	246	253	499
14 anos	263	278	542	242	256	498	238	251	490	234	247	481
15 anos	278	304	582	256	280	535	251	275	526	247	270	517
16 anos	254	247	501	234	227	461	230	223	453	226	219	445
17 anos	242	254	496	223	234	457	219	230	449	215	226	441
18 anos	249	263	512	229	242	471	225	238	463	221	234	455
19 anos	265	242	507	243	223	466	239	219	458	235	215	450
20-24 a	1.330	1.219	2.549	1.223	1.121	2.344	1.202	1.102	2.305	1.181	1.083	2.264
25-29 a	1.273	1.223	2.496	1.171	1.124	2.295	1.151	1.105	2.257	1.131	1.086	2.217
30-34 a	1.249	1.128	2.377	1.148	1.037	2.186	1.129	1.020	2.149	1.109	1.002	2.111
35-39 a	1.008	955	1.962	927	878	1.805	911	863	1.774	895	848	1.743
40-44 a	820	761	1.581	754	700	1.454	741	688	1.429	728	676	1.404
45-49 a	709	687	1.396	652	632	1.284	641	621	1.262	630	610	1.240
50-54 a	553	552	1.104	508	507	1.016	500	499	999	491	490	981
55-59 a	436	458	894	401	421	822	394	414	808	387	407	794
60-64 a	324	305	629	298	281	579	293	276	569	288	271	559
65-69 a	227	207	435	209	190	400	206	187	393	202	184	386
70-74 a	170	181	351	156	167	323	154	164	318	151	161	312
75-79 a	106	143	249	97	131	229	96	129	225	94	127	221
80 a e +	113	136	249	104	125	229	102	123	225	100	121	221
Totais	13.660	13.183	26.843	12.561	12.124	24.685	12.351	11.920	24.271	12.133	11.710	23.843

Fonte: <http://saude.es.gov.br/tabulacao-de-dados-tabnet> - Informações Demográficas e Socioeconômicas – 1. **População residente - (Censos 1980, 1991, 2000 e 2010, Contagem 1996 e projeções intercensitárias), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio.**

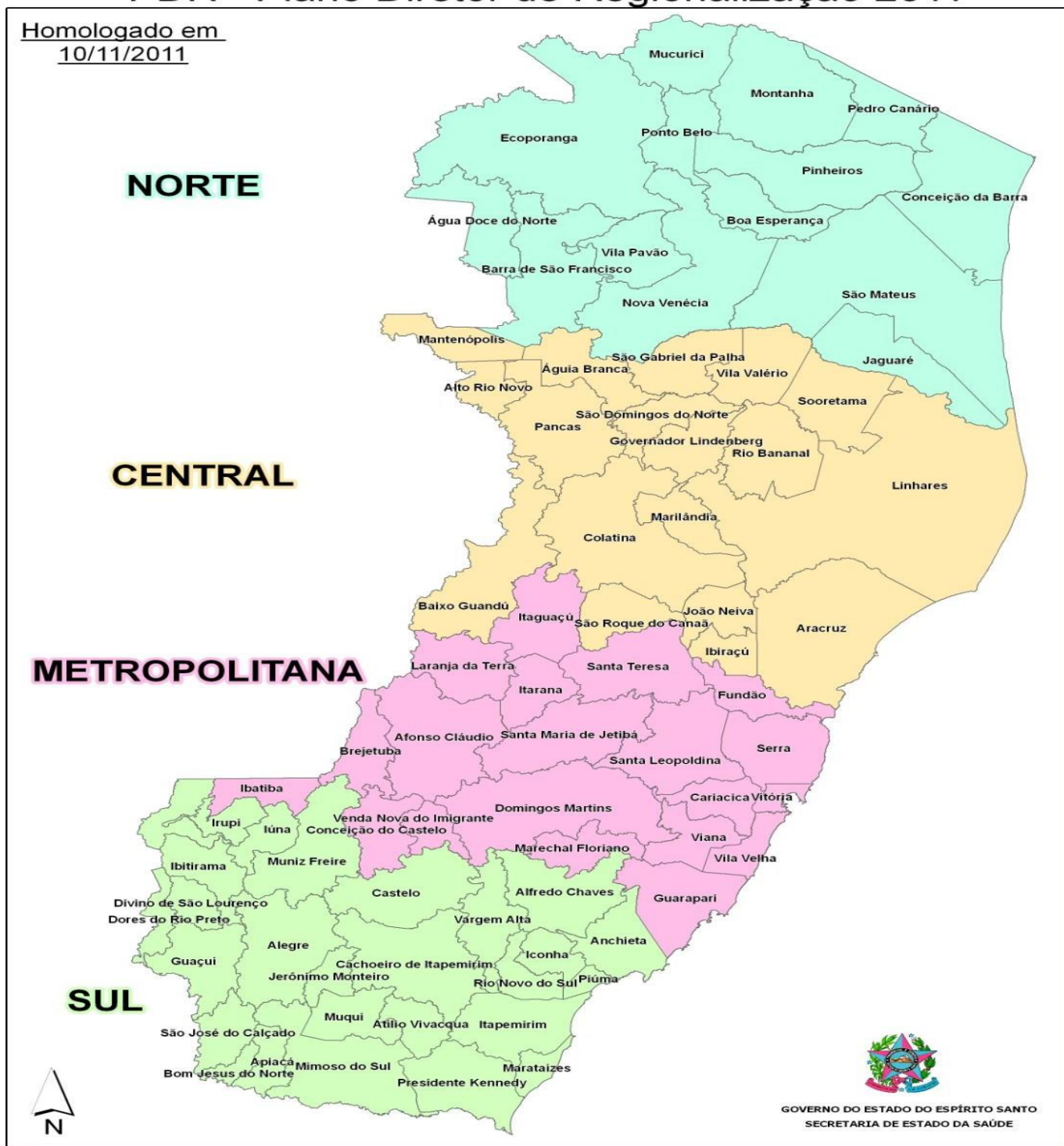
3.1.1 Regionalização

O plano diretor de regionalização é um instrumento de planejamento que objetiva organizar a assistência à saúde do estado de forma regionalizada e hierarquizada. Possibilita a elaboração de ações equitativas, de acordo com as características de cada região, e investimentos que permitam ao cidadão ter acesso aos serviços de saúde mais próximos de sua residência, evitando que esse se desloque grandes distâncias em busca de atendimento.

As regiões apresentadas foram definidas a partir do plano diretor de regionalização da saúde, elaborado em 2011, através de uma metodologia participativa, que valorizou variáveis culturais, socioeconômicas e de identidade regional, além daquelas tradicionalmente utilizadas como porte populacional, malha viária, distância entre os municípios, dentre outras, passando o município de Sooretama a pertencer à região central, dentro do plano diretor regional.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2011

Homologado em
10/11/2011



Fonte: http://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o_ES_2011.pdf

(Plano Diretor de Regionalização – PDR/ES 2011 – Pág. 50)

3.2. Aspectos Socioeconômicos

3.2.1. Renda Familiar Média

Em relação ao rendimento per capita, os indicadores demonstram que aproximadamente 36,1% da população vivem com rendimentos de $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

Em 2016, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 11.7%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 30 de 78 e 51 de 78, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2309 de 5570 e 2744 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 36.1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 43 de 78 dentre as cidades do estado e na posição 3333 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Tabela 1 – Proporção das pessoas segundo faixa de rendimento mensal por ano

2000			
% população com renda < $\frac{1}{2}$ SM	população com renda < $\frac{1}{2}$ SM	% população com renda < $\frac{1}{4}$ SM	população com renda < $\frac{1}{4}$ SM
46,30	10.989	16,64	3.949
2010			
% população com renda < $\frac{1}{2}$ SM	população com renda < $\frac{1}{2}$ SM	% população com renda < $\frac{1}{4}$ SM	população com renda < $\frac{1}{4}$ SM
66,74	12.068	33,92	6.133

A taxa de desemprego de 2000 a 2010 teve um decréscimo de 0,35% entre estes anos, porém a taxa de trabalho infantil teve um decréscimo significativo de 4,32%.

Tabela 2 – Taxa de desemprego e trabalho infantil

	Taxa de desemprego de 16a e mais	Taxa de trabalho infantil
2000	9,88%	17,29%
2010	9,53%	12,97%

3.2.2. Grau de Instrução

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.9 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.8. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 73 de 78. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 63 de 78. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 95.1 em 2010. Isso posicionava o município na posição 72 de 78 dentre as cidades do estado e na posição 4980 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

O número de analfabetos no município de Sooretama entre a população de 15 anos ou mais, apresentou uma queda de aproximadamente 5,2% entre 2000 e 2010. A taxa de analfabetismo no município caiu de 18,14% em 2000 para 13,2% em 2010.

Tabela 1 – Taxa de analfabetismo

	População alfabetizada	População não alfabetizada	Taxa de analfabetismo	População total de 15 anos ou mais
2000	9.698	2.185	18,4%	11.883
2010	14.506	2.197	13,2%	16.703

3.2.3. Saneamento Básico e Destinação do Lixo

A maior parte dos domicílios de Sooretama (censo 2010), 70,5%, dispõe de abastecimento de água tratada. Em 2017 observamos que o número de domicílios aumentou e houve uma queda de 1,9% de domicílios com água tratada. A água distribuída à população é monitorada pelo Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) e pelos organismos de controle do Estado.

Tabela 1 – Formas de abastecimento de água dos domicílios particulares permanentes, ano 2000, 2010 e 2017.

Ano 2000	Número de domicílios	% de domicílios
Rede geral – canalizada em pelo menos um cômodo	2.490	54,45%
Rede geral – canalizada só na propriedade/terreno	462	10,1%
Poço ou nascente – canalizada em pelo menos um cômodo	1.198	26,19%
Poço ou nascente – canalizada só na propriedade/terreno	240	5,24%
Poço ou nascente – não canalizada	136	2,97%
Outra forma – canalizada em pelo menos um cômodo	07	0,15%
Outra forma – canalizada só na propriedade/ terreno	01	0,02%
Outra forma – não canalizada	39	0,85%
Total de domicílios	4.573	100%

Ano 2010	Número de domicílios	% de domicílios
Rede geral – sem informação de canalização	5.043	70,5%
Poço ou nascente – sem informação de canalização	1.704	23,82%

Poço ou nascente – fora da propriedade	175	2,45%
Outra forma – sem informação de canalização	203	2,84%
Outra forma – carro pipa	01	0,01%
Outra forma – água de chuva armazenada de outra forma	01	0,01%
Outra forma – rio, açude, lago ou igarapé	05	0,07%
Outra forma – outra	21	0,29%
Total de domicílios	7.153	100%

Ano 2017 (Fonte E-sus)	Número de domicílios	% de domicílios
Rede geral – encanada até o domicílio	5.777	68,6%
Poço ou nascente – no domicílio	2.012	23,9%
Cisterna	33	0,4%
Outra forma	45	0,54%
Não Informado	553	6,6%
Total de domicílios	8.420	100%

Tabela 2 – Formas de esgotamento sanitário dos domicílios particulares permanentes, ano 2000, 2010 e 2017.

Ano 2000	Número de domicílios	% de domicílios
Rede geral de esgoto ou pluvial	631	13,80%
Fossa séptica	319	6,98%
Fossa rudimentar	3.237	70,78%
Vala	52	1,14%
Direto para um rio, lago ou mar	13	0,28%
Outro escoadouro	39	0,85%
Não tem instalação sanitária	282	6,17%
Total de domicílios	4.573	100%

Ano 2010	Número de domicílios	% de domicílios
Rede geral de esgoto ou pluvial	3.062	44,06%
Fossa séptica	172	2,48%
Fossa rudimentar	3.624	52,14%
Vala	10	0,14%
Direto para um rio, lago ou mar	17	0,25%
Outro escoadouro	10	0,14%
Não tem instalação sanitária	55	0,79%
Total de domicílios	6.950	100%

Ano 2017 (Fonte E-sus)	Número de domicílios	% de domicílios
Rede geral de esgoto ou pluvial	4.192	49,09%
Fossa séptica	1.243	14,55%
Fossa rudimentar	2.229	26,10%
Direto para um rio, lago ou mar	10	0,12%
Céu aberto	41	0,48%
Outra forma	37	0,43%
Não informado	788	9,23%
Total de domicílios	8.540	100%

O município apresentou no ano de 2017, um percentual de 49,09% de domicílios que utilizam rede de esgotos, mas ainda, grande parte da população utiliza outras formas de coleta, que são as fossas sépticas e rudimentares com um percentual de 40,65%.

Tabela 3 – Destino do lixo produzido pelos domicílios particulares permanentes, ano 2000 e 2010.

Ano 2000	Número de domicílios	% de domicílios
Coletado por serviço de limpeza	2.389	52,24%
Coletado por caçamba de serviço de limpeza	165	3,61%
Queimado (na propriedade)	1.267	27,71%
Enterrado (na propriedade)	72	1,57%
Jogado em terreno baldio ou logradouro	622	13,60%
Jogado em rio, lago ou mar	3	0,07%
Outro destino	55	1,20%
Total de domicílio	4.573	100%

Ano 2010	Número de domicílios	% de domicílios
Coletado por serviço de limpeza	4.425	63,67%
Coletado por caçamba de serviço de limpeza	402	5,78%
Queimado (na propriedade)	1.639	23,58%
Enterrado (na propriedade)	41	0,59%
Jogado em terreno baldio ou logradouro	424	6,11%
Jogado em rio, lago ou mar	1	0,01%
Outro destino	18	0,26%
Total de domicílio	6.950	100%

Ano 2017 (Fonte E-sus)	Número de domicílios	% de domicílios
Coletado por serviço de limpeza/Coletado por caçamba de serviço de limpeza	6.063	71,00%
Queimado (na propriedade)/Enterrado (na propriedade)	1.674	19,60%

Jogado em terreno baldio ou logradouro (Céu aberto)	23	0,27%
Outro destino	54	0,63%
Não informado	726	8,50%
Total de domicílio	8.540	100%

Em relação ao ano de 2010 para 2017, observa-se uma diminuição de 5,84% do lixo exposto a céu aberto. O lixo depositado nas ruas, a céu aberto, atrai ratos, baratas e moscas, o que pode trazer doenças à população.

3.3. Aspectos Epidemiológicos

3.3.1. Morbidade

- **Internamentos em Residentes de Sooretama**

Os registros de internações em residentes de Sooretama se encontram na Tabela abaixo. Mantido o mesmo período e a possibilidade de comparar os percentuais anuais de hospitalizações envolvendo residentes nos demais municípios do Estado.

Destacam-se os internamentos para assistência e proteção à mulher no encerramento do período gestacional. As doenças infecciosas aparecem com algum destaque, tanto demandando investimento na hospitalização como nos óbitos demonstrados na Tabela acima. As doenças dos aparelhos respiratório e circulatório além daquelas originadas por causas externas merecem atenção.

Internações de residentes do Estado ("Est") e Sooretama ("Srt"), 2010 a 2016 (Tabnet, SESA, consulta em 04/02/18).

Capítulo CID-10	2010		2011		2012		2013	
	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,9	3,7	9,0	4,5	8,0	4,8	8,0	4,5
II. Neoplasias (tumores)	5,9	4,5	6,4	4,5	7,1	4,2	8,0	4,0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,8	0,9	0,8	1,0	0,8	1,2	0,8	0,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,7	2,4	2,5	1,5	2,4	1,5	2,4	1,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,8	1,2	1,6	1,5	1,4	1,5	1,3	1,6
VI. Doenças do sistema nervoso	1,6	1,7	1,6	1,8	1,3	1,3	1,8	2,5
VII. Doenças do olho e anexos	0,8	0,1	0,8	0,4	0,8	1,0	0,6	0,7

VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,1	-	0,1	-	0,2	0,1	0,2	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	11,5	10,5	12,1	10,5	12,0	13,8	10,3	11,5
X. Doenças do aparelho respiratório	10,7	6,8	10,7	11,5	11,5	9,6	10,1	8,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	9,5	8,3	9,0	7,9	9,0	8,7	9,2	7,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,5	2,0	1,8	1,3	2,0	1,4	2,0	2,3
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2,0	1,8	2,0	2,0	2,6	2,4	2,5	2,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7,8	5,0	7,3	5,0	7,7	5,4	7,3	5,5
XV. Gravidez parto e puerpério	20,8	35,7	19,9	31,5	19,2	27,6	19,5	29,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1,7	4,2	1,7	3,0	1,7	3,6	2,0	2,7
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,7	0,9	0,7	0,8	0,6	0,7	0,6	0,6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1,1	1,9	1,5	2,2	1,2	0,7	1,3	1,2
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	8,2	7,9	8,7	7,8	8,7	9,5	10,3	12,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	-	0,0	0,1	0,0	-	0,0	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,8	0,5	1,9	1,1	1,7	1,1	1,7	1,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Capítulo CID-10	2014		2015		2016	
	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,6	5,4	7,3	5,7	7,8	3,6
II. Neoplasias (tumores)	7,8	4,6	8,0	3,9	8,3	3,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,8	1,1	0,8	1,5	0,7	1,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,4	2,5	2,4	2,8	2,3	1,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,4	1,2	0,7	1,0	0,6	0,5
VI. Doenças do sistema nervoso	1,8	1,9	1,9	1,0	2,0	1,1
VII. Doenças do olho e anexos	0,5	0,3	0,4	0,3	0,5	0,2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	11,0	10,7	10,7	9,8	10,8	13,0
X. Doenças do aparelho respiratório	9,9	9,0	10,0	6,9	9,7	9,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	9,7	7,1	9,7	9,7	9,5	9,1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,4	1,7	2,6	2,3	2,5	2,8
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2,6	2,5	2,7	4,2	2,8	4,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7,5	6,7	7,4	5,6	7,3	4,9
XV. Gravidez parto e puerpério	18,3	24,8	18,6	27,1	18,1	24,6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1,8	1,7	1,9	2,1	2,3	2,3
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,6	0,3	0,6	0,7	0,6	0,7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1,2	0,9	1,4	0,6	1,5	0,8
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	10,8	14,9	11,0	14,0	10,8	15,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	-	0,0	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,6	2,4	1,6	0,4	1,8	0,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS, DATASUS/MS.

Uma das formas de avaliar o desempenho da Atenção Básica é confrontar o total de internações que ocorreram num determinado período, consideramos, pela disponibilidade dos registros, de 2010 a 2017 com o número de internações que poderiam ser evitadas pelo desempenho competente dos profissionais responsáveis pela Atenção Básica. Esta avaliação pode ser observada na Tabela abaixo. As internações sensíveis à Atenção Básica, nos anos considerados nesta série, ficaram sempre abaixo do percentual apurado para os demais municípios do Estado. Isto demonstra que a qualidade da Atenção Básica oferecida em Sooretama se destaca. Pode ser considerado como um motivo para manter e aperfeiçoar os serviços e as ações dispensadas pelo Município de Sooretama.

Total de internações hospitalares e internações sensíveis à Atenção Básica, Espírito Santo, Sooretama, 2010 a 2017.

ANO	ESPÍRITO SANTO			SOORETAMA		
	INTERNAÇÕES			INTERNAÇÕES		
	Totais	Sens. At. Básica	%	Totais	Sens. At. Básica	%
2010	194.768	37.062	19,0	1.253	176	14,0
2011	216.006	39.632	18,3	1.382	203	14,7
2012	209.210	39.123	18,7	1.427	179	12,5
2013	202.654	35.747	17,6	1.185	194	16,4
2014	192.588	35.502	18,4	1.130	185	16,4
2015	226.564	42.137	18,6	1.292	189	14,6
2016	230.466	42.490	18,4	1.331	189	14,2
2017	233.695	42.207	18,1	1.434	203	14,2

Fonte: TabWin, DATASUS/MS (consulta em 04/2018).

Embora tenha avançada a valorização dos cuidados preventivos, ainda se mantém muito presente a avaliação dos usuários considerando os atendimentos clínicos. Neste grupo de procedimentos (03 - Procedimentos Clínicos) encontram-se os registros das consultas, atendimentos, acompanhamentos, fisioterapia e tratamentos odontológicos, principalmente. Neste aspecto da Atenção Básica, Sooretama, exceto no ano de 2010, ofereceu proporcionalmente menos ações que a soma dos demais municípios do Estado. O decréscimo é evidente; de 08 procedimentos por habitante em 2010 para apenas 2,6 em 2016. Esboçando recuperação em 2017. Os registros estão expostas na Tabela abaixo.

Procedimentos clínicos por habitante, Espírito Santo, Sooretama, 2010 a 2017.

ANO	ESPÍRITO SANTO			SOORETAMA		
	População	Procedimentos	Por habitante	População	Procedimentos	Por habitante
2010	3.514.952	24.500.136	7,0	23.843	189.686	8,0
2011	3.745.577	23.593.069	6,3	24.271	118.428	4,9
2012	3.792.874	25.983.888	6,9	24.685	119.060	4,8
2013	3.839.366	26.181.573	6,8	26.843	128.208	4,8
2014	3.885.049	25.103.558	6,5	27.409	109.398	4,0
2015	3.929.911	25.472.871	6,5	27.966	81.097	2,9
2016	3.973.697	28.594.268	7,2	28.509	74.046	2,6
2017	4.016.356	27.220.573	6,8	29.038	105.614	3,6

Fonte: IBGE, TabWin, SIA, DATASUS/MS.

3.3.2. Mortalidade

- **A Mortalidade Geral em Sooretama**

O levantamento dos óbitos em residentes de Sooretama seguiu avaliando o mesmo período cronológico; fazendo o confronto da realidade registrada no Município com a realidade encontrada no Estado do Espírito Santo. A comparação se utiliza de percentuais anuais demonstrando a participação prevalente de causas de óbitos por capítulos da CID – 10 em todo o território estadual e no território Sooretama. Os valores estão demonstrados na Tabela abaixo.

Para ambos os territórios, nota-se que a ocorrência de óbitos por doenças do aparelho circulatório e aqueles provocados por causas externas se destacam e mantém constância ao longo dos anos analisados. Os primeiros provavelmente alimentados pelo grupo de doenças crônicas que acometem mais frequentemente população idosa e o segundo grupo de causas, ceifando vidas mais jovens.

Mortalidade proporcional por causas (Capítulos CID-10), Sooretama ("Srt") X Espírito Santo ("Est"), 2010 a 2016.

Causas Capítulos	2010		2011		2012		2013	
	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,4	2,9	4,1	3,2	1,7	2,9	0,8	3,0
II. Neoplasias (tumores)	8,7	16,3	13,5	17,0	19,0	17,2	16,8	17,6

III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,0	0,3	0,7	0,4	0,0	0,4	0,8	0,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,6	5,7	8,8	6,4	2,5	5,8	4,8	6,0
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,6	1,4	0,7	1,4	0,0	1,4	0,8	1,4
VI. Doenças do sistema nervoso	1,6	2,6	2,7	3,0	1,7	3,3	0,8	3,2
VII. Doenças do olho e anexos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	34,9	31,0	19,6	30,2	26,4	29,4	23,2	29,7
X. Doenças do aparelho respiratório	4,8	9,3	8,1	8,7	5,8	9,4	11,2	9,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	6,3	5,0	6,1	4,9	4,1	4,8	6,4	5,1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,0	0,3	0,0	0,4	0,8	0,4	0,0	0,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,6	2,1	1,4	2,2	4,1	2,5	4,0	2,5
XV. Gravidez parto e puerpério	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2,4	1,7	2,0	1,7	0,8	1,7	0,8	1,7
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,4	1,0	0,7	1,1	0,0	1,0	0,0	1,0
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5,6	1,6	1,4	1,3	0,0	1,4	0,8	0,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	26,2	18,3	30,4	17,8	33,1	17,9	28,8	17,8
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Causas Capítulos	2014		2015		2016	
	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,8	3,1	5,5	3,1	0,8	3,1
II. Neoplasias (tumores)	12,7	17,4	15,6	18,0	12,5	18,2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,4	0,3	0,0	0,4	0,0	0,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,9	6,0	7,0	6,2	3,1	5,6
V. Transtornos mentais e comportamentais	3,5	1,3	0,8	1,2	0,8	1,2
VI. Doenças do sistema nervoso	2,8	3,4	0,8	3,5	2,3	3,7
VII. Doenças do olho e anexos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	25,4	28,6	21,9	28,9	21,1	29,1
X. Doenças do aparelho respiratório	7,7	9,2	7,0	9,8	15,6	11,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,5	5,1	3,1	5,0	4,7	5,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,0	0,3	0,8	0,4	0,0	0,4
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,7	0,5	0,0	0,4	0,0	0,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,1	2,7	1,6	3,1	3,9	2,9
XV. Gravidez parto e puerpério	1,4	0,3	0,0	0,2	0,0	0,1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1,4	1,7	5,5	1,6	1,6	1,6
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,7	1,2	2,3	1,2	1,6	1,1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2,1	0,9	0,8	1,0	0,8	1,0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	26,8	17,8	27,3	16,0	31,3	15,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM, TABNET (Consulta em 19/01/2018).

- **A Mortalidade Infantil em Sooretama**

Os valores obtidos na apuração da Taxa de Mortalidade Infantil podem refletir sinais de bom desempenho na oferta de serviços à população. Para analisar este quesito, considerando o período de 2010 a 2016, comparando-os com os resultados referentes à totalidade dos municípios capixabas, construiu-se a Tabela X, abaixo. Nos anos de 2010 e de 2015, proporcionalmente, mais crianças residentes em Sooretama faleceram antes de completar 01 ano de vida. No período, excetuando-se este dois anos, a Taxa de Mortalidade Infantil se manteve em padrões considerados bons e inferiores àquelas atribuídas à soma dos municípios do Estado.

Geralmente, o quantitativo de óbitos infantis que ocorrem na primeira semana de vida reflete o desempenho da atenção no período gestacional. Neste aspecto, os valores apurados para a Taxa de Mortalidade Infantil Neo Natal Precoce atribuídos à Sooretama destoam em 2015: ano em que a Taxa atingiu o valor de 17,5 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos. Nos outros anos do período considerado, os valores se mantiveram inferiores aos encontrados para o Estado do Espírito Santo.

A Taxa de Moraldade Pós Neo Natal traduz as condições de proteção ambiental e familiar à criança. No Estado esta Taxa se mantém mais ou menos constante; em Sooretama exhibe oscilações podendo sinalizar para uma maior atenção a este grupo de crianças, provavelmente, aperfeiçoando os cuidados na puericultura.

Tabela X - Mortalidade Infantil, Estado do Espírito Santo ("Est") X Sooretama ("Srt"), 2010 a 2016.

SEGMENTOS ETÁRIOS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt
TOTAL *	11,9	15,2	11,8	7,1	11,3	7,0	10,9	2,2	11,3	8,8	11,2	17,5	11,7	6,6
< 7 dias **	6,0	6,5	6,2	2,4	5,4	2,3	5,0	2,2	6,1	2,2	5,7	11,7	5,8	2,2
7-27 dias ***	2,4	2,2	2,3	2,4	2,3	0,0	2,5	0,0	2,2	2,2	2,0	5,8	2,2	2,2
28d-<1ano ****	3,4	6,5	3,4	2,4	3,7	4,7	3,5	0,0	3,0	4,4	3,4	0,0	3,7	2,2

Fonte: Tabnet, SESA, SINASC (consulta em 10/2017).

- * Taxa de Mortalidade Infantil
- ** Taxa de Mortalidade Neo Natal Precoce
- *** Taxa de Mortalidade Neo Natal Tardia
- **** Taxa de Mortalidade Pós Neo Natal

4. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

O SUS, desde sua instituição nos anos 1990, tem apresentado avanços significativos, ainda que não tenha efetivado plenamente seus princípios de universalização do acesso e integralidade da atenção à saúde. São notáveis a eliminação de algumas e o controle de outras doenças infectocontagiosas pela maior cobertura vacinal e pelo tratamento adequado; a expansão da cobertura da atenção básica; a ampliação da atenção às urgências, à saúde mental não manicomial, do apoio diagnóstico, das terapias especializadas e da assistência farmacêutica, com diminuição das internações por condições sensíveis à atenção básica, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida da população.

No entanto, são grandes os desafios a serem enfrentados, de forma a assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento dos problemas mais relevantes, como por exemplo: a consolidação da prevenção e controle das já conhecidas e das novas doenças infectocontagiosas, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o aumento das causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal.

Para o enfrentamento desses desafios, faz-se necessário continuar ampliando o acesso da população às ações e serviços de saúde de forma integral, mais humana, oportuna, com qualidade e equidade, segundo as necessidades individuais e coletivas. O avanço no desenvolvimento das redes de atenção que favoreçam a superação da fragmentação existente entre níveis assistenciais, a eliminação de vazios assistenciais e o aperfeiçoamento da gestão, com eficiência do gasto e financiamento mais adequado, constituem os principais esforços a serem empreendidos nos próximos anos.

As redes de atenção devem ser tomadas como uma nova forma de organização que produz ações e serviços de saúde como linhas de cuidado, de forma articulada, oportuna e contínua, respondendo às necessidades em saúde, ao mesmo tempo em que preserva, concatena e articula a atenção em níveis assistenciais, por ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), às especificidades de gênero e outras (saúde da mulher, do trabalhador, etc), além da atenção às doenças, agravos ou deficiências.

4.1. Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) deve adquirir graus crescentes de humanização e potência de respostas, constituindo-se na principal ordenadora do cuidado nas redes de atenção, conformando um modelo de atenção integral e integrado nos sistemas loco-regionais à saúde. A AB vem ocupando cada vez mais centralidade no SUS, com reconhecimento nacional e internacional, em especial pela expansão de cobertura com a Estratégia Saúde da Família, que desde 2013 obteve substancial reforço com o Programa Mais Médicos.

O Município conta com 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 06 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF's), 01 Núcleo de Estratégia de Saúde da Família (NESF) onde funcionam duas ESF's (Equipe Moura e Equipe Centro).

São 06 Equipes que proporcionam uma cobertura de 60,51% da população atendida pela Atenção Básica em 2017.

- NESF (Equipe Moura e Equipe Centro);
- ESF Dalvo Loureiro;
- ESF Córrego Alegre;
- ESF Chumbado;
- ESF Juncado;

A Estratégia Saúde da Família conta atualmente com os seguintes profissionais:

PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Agente Comunitário de Saúde	60
Auxiliar de Enfermagem	01
Auxiliar de Consultório Odontológico	03
Auxiliar de Serviços Gerais	09
Enfermeiro de ESF	07
Médicos de ESF – Mais Médicos	02
Médicos de ESF – Tradicional	03
Odontólogo	01
Recepcionista	06
Técnico em Enfermagem	06
TOTAL	98

4.2. Atenção Especializada / Serviço de Referência

O Município de Sooretama vem ao longo dos anos ampliando seus serviços de saúde.

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.

Dentre as funções estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a **Atenção Especializada no município tem como objetivos:**

1. Organizar o serviço de referência para assistência especializada ambulatorial, com vistas a viabilizar a integralidade da atenção aos usuários, 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 de atendimento especializado;
4. Organizar a referência e contra referência dos usuários das Unidades Básicas de Saúde e demais serviços da rede de saúde;
5. Organizar o sistema municipal visando à equidade do atendimento por meio de normas, rotinas e fluxos definidos.

Existe no Município um **Núcleo de Atenção e Promoção a Saúde (NAPS)**, que fica localizado no centro da cidade, onde funcionam os Programas de Atenção e Promoção a Saúde, bem como o Centro de Especialidades Médicas.

No NAPS “Idalécio Sossai” funciona os Programas de Imunização, Hanseníase, Tuberculose, Saúde da Mulher, Assistência ao Pré-natal de Alto Risco, DST/AIDS, Tabagismo e HIPERDIA.

Dentre as especialidades, o Município possui Cardiologista, Ginecologista/Obstetra, Pediatra, Psiquiatra, Dermatologista, Clínico Geral, Angiologista, Ortopedista/Traumatologista, Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social, Farmacêutico e Enfermeiro.

O controle e a dispensação dos medicamentos do Programa DST/AIDS, Hanseníase, Tuberculose e Tabagismo, são realizados pelo Farmacêutico responsável por essa demanda.

O agendamento das consultas para as especialidades do NAPS, são através da Central de Regulação Municipal.

4.3. Estrutura de Apoio Logístico

4.3.1. Regulação

A Central de Regulação do Município tem por finalidade agendar e organizar consultas e exames conforme encaminhamento médico.

As consultas, exames e cirurgias são agendados através do SISREG – Sistema de Centrais de Regulação.

O sistema do SISREG permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional.

4.3.2. Transporte Sanitário

O Transporte Sanitário é destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter de urgência/emergência e eletivo no âmbito do SUS. A nossa frota municipal conta com 25 (vinte e cinco) profissionais motoristas e 01 (um) coordenador geral de transporte.

Em Sooretama para atender a demanda de pacientes que necessitam de transporte sanitário de urgência e emergência, o município dispõe de 02 (duas) ambulâncias simples remoção, 01 (uma) ambulância tipo UTI e 01 (uma) ambulância semi-UTI.

Para atender a demanda de pacientes com consultas, exames e cirurgias agendadas através da Central de Regulação, são disponibilizados 01 (um) ônibus com capacidade de 44 (quarenta e quatro) pessoas e 01 (um) microônibus com capacidade de 31 pessoas, para o transporte fora do domicílio.

Para atender os pacientes que necessitam de Tratamento de Hemodiálise é disponibilizado um microônibus com capacidade para 24 (vinte e quatro) pessoas.

Para atender a Equipe de Estratégia Saúde da Família com transporte de profissionais e visitas domiciliares são disponibilizados 02 (dois) veículos utilitários.

Para atender a Equipe de Vigilância em Saúde são disponibilizados: 01 (um) veículo utilitário sandero (locado) para as ações de Vigilância Epidemiológica, 01 (um) veículo pickup strada (locada) e 01 (uma) caminhonete L200 (doada pelo Ministério da Saúde) para a Vigilância Ambiental e 01 (um) veículo utilitário ônix (locado) para a Vigilância Sanitária.

4.4. Centro de Fisioterapia

Existe no Município uma Clínica Municipal de Reabilitação Física e Motora (CEFISO – Centro de Fisioterapia Sooretama), onde são realizados atendimentos de Terapia de Reabilitação, tais como: Traumatologia-Ortopedia Adulto e Pediátrica, Neurologia Adulto e Pediátrica, Cardiorrespiratório, Respiratório, Pré e Pós Cirurgia Bariátrica e Hidroterapia. O acesso a esses serviços são através de encaminhamentos médicos e os agendamentos são realizados conforme a necessidade do paciente.

Estão lotados no CEFISO, 07 (sete) Profissionais Fisioterapeutas para atender a demanda de pacientes que procuram os serviços diariamente.

A Clínica funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 às 17:00 horas.

Para a locomoção dos pacientes acamados e os do interior do município (zona rural) são disponibilizados uma ambulância para o transporte.

São atendidos em média de 100 (cem) pacientes por mês, com uma média de aproximadamente 500 (quinhentas) sessões de fisioterapia mês.

4.5. Atenção às Urgências e Emergências – Pronto Atendimento

O Município de Sooretama vem buscando garantir o cuidado e a resolução dos problemas de saúde da sua população.

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 Município conta com 01 (um) Pronto Atendimento 24 horas, onde são atendidos os casos de urgência, sendo que os casos mais graves, que necessitam de internação são encaminhados aos hospitais de referência, conforme pactuado.

4.6. Assistência Farmacêutica

Este componente destina-se à aquisição dos medicamentos no âmbito da atenção básica em saúde, com base em valores per capita, financiados pelas três esferas de gestão (financiamento tripartite) e gerenciado pela esfera

municipal. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada Estado estabelecem o mecanismo de operacionalização desta sistemática, respeitando a aplicação mínima dos valores monetários/habitante/ano, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, e alterada pela Portaria 2.001 de 03 de Agosto de 2017. De acordo com a referida Portaria, os municípios podem adquirir, com estes recursos, os medicamentos e insumos relacionados ao CBAF descritos nos Anexos I e IV da **RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)** vigente no SUS, incluindo os insumos complementares destinados aos usuários insulínodpendentes (tiras reagentes, lancetas para punção digital e seringas com agulha acoplada).

Atualmente o financiamento da Assistência Farmacêutica Básica está distribuído da seguinte forma:

Governo Federal	R\$ 5,58 por habitante/ano/município
Governo Estadual	R\$ 2,36 por habitante/ano/município
Governo Municipal	R\$ 2,36 por habitante/ano/município

Para tornar mais eficiente o gerenciamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, foi criado o **Sistema Estadual de Registro de Preço (SERP)** com o objetivo de adquirir os medicamentos básicos de forma centralizada, otimizando a aplicação de recursos financeiros, reduzindo gastos na compra de medicamentos fornecidos pelos municípios.

A Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Sooretama 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.

O Município hoje conta com 01 (uma) Farmácia Básica Central, localizada na zona urbana do município, com 02 (dois) farmacêuticos e 03 (três) auxiliares para atendimento aos usuários, onde são efetuadas dispensação de medicamentos constantes na REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

Os medicamentos de alto custo são disponibilizados pelo Governo do Estado do Espírito Santo, onde o Município de Sooretama fica responsável pela montagem e acompanhamento dos processos que se encontra na Farmácia Cidadã no Município de Linhares/ES.

4.7. 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 e a vigilância sanitária são entendidas 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 concebido 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 aprimorando a capacidade técnica das equipes de vigilância, quanto ao enfrentamento dos eventos inusitados e de emergência para a saúde pública.

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.

4.7.1. Vigilância Epidemiológica

A missão do Serviço de Vigilância Epidemiológica é coordenar, normatizar e divulgar informações do processo saúde-doença no município de Sooretama. 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.

Através da **Vigilância Epidemiológica** que são notificados, investigados e tratados todos os agravos de notificação compulsória (Dengue, Atendimento anti-rábico, Hepatites Virais, Malária, Toxoplasmose, Febre Amarela, Esquistossomose, Coqueluche, Inquérito Tracoma, Hanseníase, Tuberculose, Acidente de Animais Peçonhentos, dentre outras).

4.7.2. 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;

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.

A **Vigilância Sanitária** conta com apenas 02 (dois) Fiscais Sanitários, 01 (um) Técnico Administrativo e 01 (um) Coordenador.

4.7.3. 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 Sooretama 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 na Vigilância de Fatores de Risco não Biológico, que compreende a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.

A **Vigilância Ambiental** no Município tem o papel de detectar qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, identificando as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças.

A **Vigilância Ambiental** conta com 09 (nove) Agentes de Combate às Endemias, 01 (um) Técnico Administrativo e 01 (um) Coordenador de Campo.

4.8. Imunização

A implantação de novas vacinas e ampliação de vacinas já disponíveis para outros grupos é uma ação que caracteriza o avanço inquestionável do PNI em sua trajetória de 43 anos de prestação de serviços à população brasileira no programa rotineiro de vacinação, sobretudo no decorrer dos últimos 10 anos.

O Brasil está entre os países que mais oferece gratuitamente grande número de vacinas, com calendário de vacinação para crianças, adolescentes, adultos, idosos, povos indígenas e vacinas para grupos com condições clínicas especiais. Atualmente, oferece 45 imunobiológicos entre vacinas, soros e imunoglobulinas.

A vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), introduzida no Calendário Nacional de Vacinação em 2013 para substituir a segunda dose da vacina tríplice viral para as crianças entre 15 meses e dois anos de idade está, em 2015, com um percentual de cobertura vacinal de 67,47% e com a expectativa de aquisição de 3,6 milhões de doses nesse ano. Em Sooretama, nesse mesmo período, obteve-se um percentual de cobertura vacinal de 67,25%, um pouco abaixo da média nacional.

Em 2014, as vacinas BCG e Rotavírus humano superaram a meta de cobertura vacinal de 90%, enquanto as vacinas, Meningocócica C, Hepatite B, Poliomielite e Tríplice Viral D1, também superaram a meta de 95%, para vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB), em crianças menores de um ano. No mesmo ano, a vacina Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), introduzida no Calendário Nacional de Vacinação em 2013 para substituir a segunda dose da vacina tríplice viral para as crianças entre 15 meses e menores de dois anos de idade, alcançou cobertura de 78,2% dessa população alvo, com mais de 3,7 milhões de doses adquiridas.

Como o Município de Sooretama não tem hospital, as doses de BCG são aplicadas ainda na maternidade de referência (Hospital e Maternidade Rio Doce no Município de Linhares). Quanto à vacina Rotavírus Humano, em 2014 superou a meta nacional, atingindo um percentual de 111,45% de cobertura vacinal. Em relação às vacinas, Meningocócica C, Hepatite B, Poliomielite, Tríplice Viral D1, Pentavalente (DTP + Hib + HB) e a Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), em 2014, todas ultrapassaram a meta de cobertura vacinal nacional.

TABELA 1 – Coberturas Vacinais do Calendário Nacional de Vacinação 2013 a 2017.

IMUNO	COBERTURA				
	2013	2014	2015	2016	2017
072 BCG	2,12	1,17	3,93	8,35	8,79
099 Hepatite B em < 1mes	-----	1,64	0,44	9,67	5,05
061 Rotavírus Humano	96,93	111,45	96,72	83,74	91,87
053 Meningococo C	112,26	105,37	87,34	100,22	92,75
073 Hepatite B	134,91	104,91	94,98	99,12	89,45
080 Penta	120,75	102,34	94,98	98,90	89,45
012 Pneumocócica	119,10	103,27	94,54	89,89	92,97
074 Poliomielite	119,81	103,97	95,2	99,34	92,75
100 Poliomielite 4 anos	-----	-----	-----	-----	0,43
006 Febre Amarela	-----	1,17	-----	0,66	66,15
101 Febre Amarela 4 anos	-----	0,43	-----	0,85	92,13
096 Hepatite A	-----	67,99	70,31	78,02	78,46
091 Pneumocócica(1º ref)	97,41	101,64	113,76	100,44	87,69
092 Meningococo C (1º ref)	91,75	87,62	91,48	123,08	88,13
093 Poliomielite(1º ref)	102,59	94,86	105,9	94,07	81,98
021 Tríplice Viral D1	116,04	104,21	106,99	120,44	91,65
098 Tríplice Viral D2	100,71	90,19	67,25	95,60	105,71

097 Tetra Viral(SRC+VZ)	65,33	90,19	67,25	95,60	53,85
075 DTP	120,75	102,34	94,98	98,90	89,45
102 DTP REF (4 e 6 anos)	-----	-----	-----	0,32	2,73
095 Tríplice Bacteriana-DTP(1º ref)	89,62	82,94	106,33	91,21	68,79
094 Dupla adulto e tríplice acelular gestante	54,01	59,81	68,12	74,51	61,76
003 dTpa gestante	-----	3,5	53,06	65,05	54,29
067 HPV Quadrivalente D1 9 anos - Feminino	-----	-----	-----	47,33	55,56
068 HPV Quadrivalente D2 9 anos - Feminino	-----	-----	-----	18,52	20,58
062 HPV Quadrivalente D1 10 anos - Feminino	-----	-----	-----	6,43	12,05
063 HPV Quadrivalente D2 10 anos - Feminino	-----	-----	-----	16,47	26,51
064 HPV Quadrivalente D1 11 anos - Feminino	-----	-----	-----	2,72	12,84
065 HPV Quadrivalente D2 11 anos - Feminino	-----	-----	-----	9,73	7,39
066 HPV Quadrivalente D1 12 anos - Feminino	-----	-----	-----	1,15	13,74
069 HPV Quadrivalente D2 12 anos - Feminino	-----	-----	-----	4,58	6,49
070 HPV Quadrivalente D1 13 anos - Feminino	-----	-----	-----	2,69	13,08
071 HPV Quadrivalente D2 13 anos - Feminino	-----	-----	-----	3,08	5,38
108 HPV Quadrivalente D1 9 anos - Masculino	-----	-----	-----	-----	7,36
109 HPV Quadrivalente D2 9 anos - Masculino	-----	-----	-----	-----	3,88
110 HPV Quadrivalente D1 10 anos - Masculino	-----	-----	-----	-----	1,56
111 HPV Quadrivalente D2 10 anos - Masculino	-----	-----	-----	-----	2,72
081 HPV Quadrivalente D1 11 anos - Masculino	-----	-----	-----	-----	34,24
082 HPV Quadrivalente D2 11 anos - Masculino	-----	-----	-----	-----	6,23
083 HPV Quadrivalente D1 12 anos - Masculino	-----	-----	-----	-----	54,3
084 HPV Quadrivalente D2 12 anos - Masculino	-----	-----	-----	-----	4,3
085 HPV Quadrivalente D1 13 anos - Masculino	-----	-----	-----	-----	49,21
086 HPV Quadrivalente D2 13 anos - Masculino	-----	-----	-----	-----	5,56
104 HPV Quadrivalente D2 - Total - Feminino	-----	-----	-----	-----	19,4
105 HPV Quadrivalente D1 - Total - Feminino	-----	-----	-----	-----	10,59
106 HPV Quadrivalente D1 - Total - Masculino	-----	-----	-----	-----	29,4
107 HPV Quadrivalente D2 - Total - Masculino	-----	-----	-----	-----	3,79
059 Meningococo C 9 anos	-----	-----	-----	-----	18,76
087 Meningococo C 10 anos	-----	-----	-----	-----	1,38
088 Meningococo C 11 anos	-----	-----	-----	-----	0,58
089 Meningococo C 12 anos	-----	-----	-----	-----	36,49
090 Meningococo C 13 anos	-----	-----	-----	-----	41,21

Ao longo desses anos, observou-se que foram implantadas algumas vacinas que não constavam no Calendário Nacional de Vacinação. Tais como: a Poliomielite 4 anos, Febre Amarela 4 anos, DTP REF (4 e 6 anos), Meningococo C para crianças de 9 a 13 anos e a HPV para crianças de 9 a 13 anos.

Analisando a tabela 1, observamos que os níveis de cobertura vacinal foram muito baixos em relação aos anos anteriores. Mas, isso não foi uma realidade apenas de Sooretama. Em agosto de 2017, o Brasil iniciou uma campanha de vacinação infantil em massa contra o sarampo e a poliomielite em

meio a um quadro que causa apreensão. As taxas de imunização de crianças contra 17 doenças – entre elas o sarampo – atingiram os níveis mais baixos em muitos anos. O Ministério da Saúde e especialistas em imunologia, epidemiologia e saúde pública enumeram várias razões para explicar a queda abrupta nos números. Os motivos vão da percepção enganosa de parte da população de que não é preciso vacinar porque as doenças desapareceram e problemas com o sistema informatizado de registro de vacinação. Todas são causas plausíveis e prováveis e possivelmente atuam em conjunto. Elas, porém, ainda não foram quantificadas, o que ajudaria a identificar e a executar ações complementares às campanhas de vacinação para resgatar os níveis de imunização elevados do passado.

4.9. Atenção a Populações Específicas

4.9.1. Saúde da Mulher e da Criança

Importante ressaltar, a saúde da mulher. A sua saúde interfere na saúde dos seus filhos. As condições de vida da mulher interferem no crescimento e desenvolvimento das crianças.

Em Sooretama, ainda predominam famílias numerosas com rendas que restringem o poder de mercado de seus membros, desta forma obrigando uma demanda pelos serviços públicos.

Com o envelhecimento da população aumenta a responsabilidade pela proteção e pelos cuidados em mulheres expostas aos riscos das doenças crônicas degenerativas.

A Saúde da Mulher pode ser vista segundo os tópicos expostos abaixo:

4.9.2. Atenção ao Pré-Natal

Tabela A 1 – Consultas de Pré-Natal, Estado (Est) e Sooretama (Srt), 2010 a 2016

Consulta Pré-Natal	2010					2011					2012					2013				
	Est	Srt	% Cn		% Tot	Est	Srt	% Cn		% Tot	Est	Srt	% Cn		% Tot	Est	Srt	% Cn		% Tot
			Est	Srt				Est	Srt				Est	Srt				Est	Srt	
Nenhuma	477	7	0,9	1,5	1,47	1.653	2	3,1	0,5	0,12	1.459	0	2,8	0,0	0,00	897	1	1,7	0,2	0,11
De 1 a 3 consultas	2.778	16	5,4	3,5	0,58	3.092	22	5,8	5,2	0,71	3.044	29	5,8	6,8	0,95	3.177	44	5,9	9,6	1,38
De 4 a 6 consultas	13.951	74	26,9	16,1	0,53	15.223	113	28,7	26,7	0,74	14.239	133	26,9	31,1	0,93	14.635	150	27,1	32,8	1,02
7 ou + consultas	33.546	362	64,7	78,5	1,08	32.546	287	61,3	67,7	0,88	33.118	263	62,7	61,4	0,79	34.602	263	64,0	57,4	0,76
Ignorado	1.127	2	2,2	0,4	0,18	577	0	1,1	0,0	0,00	991	3	1,9	0,7	0,30	773	0	1,4	0,0	0,00
TOTAL	51.879	461	100,0	100,0	0,89	53.091	424	100,0	100,0	0,80	52.851	428	100,0	100,0	0,81	54.084	458	100,0	100,0	0,85

Consulta Pré-Natal	2014					2015					2016				
	Est	Srt	% Cn		% Tot	Est	Srt	% Cn		% Tot	Est	Srt	% Cn		% Tot
			Est	Srt				Est	Srt				Est	Srt	
Nenhuma	795	4	1,4	0,9	0,50	760	5	1,3	1,0	0,66	563	3	1,1	0,7	0,53
De 1 a 3 consultas	3.140	20	5,6	4,4	0,64	3.132	40	5,5	7,8	1,28	2.935	35	5,5	7,7	1,19
De 4 a 6 consultas	14.610	95	25,8	20,8	0,65	13.993	148	24,6	28,8	1,06	12.652	120	23,7	26,3	0,95
De 7 ou + consultas	37.703	337	66,7	73,9	0,89	38.876	321	68,3	62,5	0,83	37.102	298	69,5	65,2	0,80
Ignorado	316	0	0,6	0,0	0,00	184	0	0,3	0,0	0,00	165	1	0,3	0,2	0,61
TOTAL	56.564	456	100,0	100,0	0,81	56.945	514	100,0	100,0	0,90	53.417	457	100,0	100,0	0,86

Total de Nascidos Vivos:	
Média Est	54.118,71
Média Srt	456,86
Média Srt	0,84
Média Cn Est	65,3
Média Cn Srt	66,7

Os cuidados com as gestantes representam uma obrigação importante. A Tabela A 1 demonstra como este compromisso está sendo desenvolvido utilizando os registros no SINASC.

No período de 2010 a 2016, a média de nascidos vivos residentes no Estado do Espírito Santo foi de 54.119. Em 2010, o menor total de nascidos vivos: 51.879. Em 2015, o maior: 56.945. No mesmo período, em Sooretama, os profissionais de saúde cuidaram da gestação de 457 crianças, em média. Em 2011, o menor total de nascidos vivos: 424. Em 2015, o maior: 514. Observando a Tabela, nota-se que a gestão e os profissionais de saúde de Sooretama são responsáveis, em média, por 0,84% das condições da gestação no total de nascidos vivos residentes no Espírito Santo.

Considerando que uma gestação segura se consegue com 7 ou mais consultas no período gestacional, na Tabela A 1 observa-se que uma proporção razoável de mães foram privadas deste direito. A oferta de consultas de Pré Natal no Estado, no período considerado, oscilou de 61,3% em 2011 a 69,5% em 2016; a média se manteve em 65,3%. Sooretama ofereceu uma média de 66,7% de consultas no período gestacional; 57,4% em 2013 e seu melhor desempenho neste quesito aconteceu em 2010, quando 78,5% das gestantes contaram com a segurança das consultas na gestação.

Nascidos Vivos por Ano do Nascimento segundo Peso ao nascer, Estado ("Est") e Sooretama ("Srt"), 2010 a 2016.

Peso ao nascer	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt
Menos de 500g	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,4
500 a 999g	0,4	0,2	0,5	0,2	0,4	0,7	0,4	0,2	0,4	0,0	0,5	0,6	0,5	0,2
1000 a 1499 g	0,7	0,2	0,7	0,5	0,8	0,2	0,8	0,4	0,7	0,4	0,7	0,8	0,8	1,1
1500 a 2499 g	6,7	7,6	7,1	6,1	6,8	5,4	6,7	6,1	6,6	5,5	6,6	5,8	6,4	7,2
2500 a 2999 g	21,6	23,0	22,0	20,5	21,8	18,5	21,5	21,2	20,8	20,2	20,8	22,0	20,7	21,0
3000 a 3999 g	64,9	64,0	64,2	65,3	64,8	67,3	65,0	64,6	65,5	66,7	65,1	66,9	65,4	65,6
4000g e mais	5,6	5,0	5,5	7,3	5,3	7,9	5,5	7,4	5,9	7,2	6,1	3,9	6,1	4,4
Ignorado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SINASC, DATASUS/MS.

Analisando a variável peso ao nascer, no período de 2010 a 2016, observa-se que os resultados encontrados para Sooretama são muito parecidos com os constatados na soma dos demais municípios do Estado quando se comparam as médias dos percentuais de crianças que nasceram entre 2500 a 3999 g (Cad 32, pg 263). Chama a atenção o achado de percentuais que sugerem maior prevalência de recém nascidos com peso ao nascer igual ou mais de 4000 g nos anos de 2011 a 2014.

Nascidos Vivos por Ano do Nascimento segundo Idade da Mãe, Estado ("Est") e Sooretama ("Srt"), 2010 a 2016.

Idade da Mãe	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt
10 a 14 anos	0,8	2,0	0,7	0,9	0,8	0,7	0,9	1,5	0,8	1,1	0,8	2,1	0,8	1,3
15 a 19 anos	16,7	23,6	16,4	26,9	16,9	18,2	17,2	20,5	16,8	22,6	15,9	22,2	15,3	21,9
20 a 24 anos	27,5	27,5	26,5	27,6	25,2	27,1	24,3	27,3	23,8	28,9	23,5	25,9	23,7	25,8
25 a 29 anos	26,7	23,0	26,4	21,5	25,5	23,4	25,0	24,2	25,0	25,0	25,0	22,0	24,7	23,0
30 a 34 anos	18,2	16,7	19,3	15,8	20,5	18,9	20,8	17,5	20,8	15,6	21,4	18,1	21,5	17,5
35 a 39 anos	8,1	5,4	8,7	6,1	9,0	10,3	9,6	7,6	10,4	4,6	10,9	7,8	11,3	9,0
40 a 44 anos	1,8	1,5	1,9	1,2	1,9	1,4	2,1	1,1	2,1	2,2	2,3	1,8	2,5	1,5
45 a 49 anos	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0
50 a 54 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
55 a 59 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SINASC, DATASUS/MS.

O Caderno 32 considera critério de risco crianças gestadas em mulheres com menos de 19 anos. Podemos inferir que nesta condição acontecem gestações em meio familiar inseguro e provavelmente envolvendo gravidezes cuja aceitação seja prejudicada. Como o SINASC não oferece este intervalo de classe, consideraremos o recorte relatado de 10 a 14 anos. Nos anos analisados, a média de prevalência de gestantes que engravidaram nesta faixa etária foi de 0,8% para o Estado e de quase o dobro para as gestantes residentes em Sooretama, 1,5%. Mais uma variável que precisa ser monitorada, reconhecida e devidamente conduzida. Este grupo de gestantes (pág. 136 do Cad. 32) demanda cuidados especiais na gestação, no parto, no puerpério e nas atitudes de planejamento familiar.

Gestações em mulheres com mais de 35 anos constituem outro segmento merecedor de maior atenção Pré Natal (pág. 57 do Cad. 32). Neste quesito, a leitura dos registros que contribuem para esclarecer o padrão gestacional, revela que no Estado a média encontrada de gestações nesta faixa etária foi 11,9%; em Sooretama, 8,9%.

Nascidos Vivos por Ano do Nascimento segundo Instrução da Mãe, Estado ("Est") e Sooretama ("Srt"), 2010 a 2016.

Instrução da Mãe	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt
Sem escolaridade	0,5	1,7	0,4	2,6	0,3	0,9	0,3	0,9	0,2	1,5	0,2	0,8	0,2	0,9
Até 3 série 1 grau	3,8	6,1	4,0	6,1	3,4	4,0	2,8	4,8	2,4	3,5	1,9	3,7	1,6	3,1
De 4 a 7 série	25,1	30,4	25,0	35,8	23,7	35,3	22,1	31,0	21,2	28,9	20,3	30,2	19,3	24,3
1 grau completo	47,2	51,8	51,7	45,5	52,4	50,0	55,5	53,9	58,0	57,5	58,0	53,5	58,5	58,2
2 grau completo	20,9	10,0	15,0	8,5	15,4	9,1	16,7	9,2	17,1	8,6	18,6	11,9	19,6	13,6
Ignorada	2,5	0,0	3,8	1,4	4,8	0,7	2,6	0,2	1,2	0,0	1,0	0,0	0,8	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SINASC, DATASUS/MS.

Também oferecem potenciais riscos no período gestacional mulheres com baixa escolaridade: menos que 5 anos de estudo regular (pág. 58, Cad. 32). O SINASC permite identificar registros de instrução da mãe segmentados até 03 anos de estudo regular. Nesta análise, utilizaremos o levantamento conforme o relatório permitido pelo referido banco de dados. Em relação à média de escolaridade de gestantes, somando aquelas sem escolaridade com as que conseguiram até 03 anos de estudo regular, notamos que em média 3,2% de crianças do Estado do Espírito Santo, no período considerado, nasceram de mães com baixa escolaridade. Nesta mesma situação, a média encontrada de crianças nascidas de mães residentes em Sooretama representa quase o dobro do que encontramos no Estado: 5,8%. Em sintonia, com os registros para baixa escolaridade, numa relação inversa, a média dos registros de gestantes com segundo grau completo para o Estado é de 17,6%, enquanto que para o Município de Sooretama, é de 10,1%.

Nascidos Vivos por Ano do Nascimento segundo Filhos Nasc.Vivos, Estado ("Est") e Sooretama ("Srt"), 2010 a 2016.

Filhos Nasc.Vivos	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt
Nenhum	47,7	41,0	46,9	38,4	47,2	36,9	46,8	40,2	46,8	45,0	46,3	41,1	45,5	41,6
1 a 3	48,3	50,5	49,1	52,8	48,9	56,8	49,2	51,3	49,3	48,0	50,0	50,2	50,5	51,9
4 a 6	3,5	7,2	3,6	6,6	3,5	5,1	3,6	7,2	3,5	5,9	3,3	7,4	3,6	5,7
7 e+	0,4	1,3	0,4	2,1	0,3	1,2	0,4	1,3	0,4	1,1	0,4	1,4	0,4	0,9
Ignorado	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SINASC, DATASUS/MS.

As condições de sustento familiar, com certeza passam pela oferta de trabalho, padrão de renda e são afetados pelo número de filhos que compõem as famílias. A tendência nas famílias atuais é de menor número de filhos que nas famílias tradicionais. Segundo as possibilidades de relatórios oferecidos pelo SINASC, consideraremos a soma de nascidos vivos de mães com nenhum até 03 filhos. No Estado, 96,1% dos recém nascidos são abrigados em famílias com até 03 filhos; em Sooretama, 92,2%. Por outro lado, 3,9% das crianças nascidas no período de 2010 a 2016, no Estado, terão seu sustento partilhado por famílias com 4 ou mais filhos; em Sooretama, esta média é o dobro: 7,8%.

Nascidos Vivos por Ano do Nascimento segundo Tipo de Parto, Estado ("Est") e Sooretama ("Srt"), 2010 a 2016.

Tipo de Parto	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt
Vaginal	39,2	51,8	35,4	55,0	33,0	46,5	33,0	50,4	33,2	46,3	36,8	41,8	37,6	44,2
Cesário	60,8	48,2	64,3	45,0	66,7	53,5	66,8	49,6	66,7	53,7	63,0	58,2	62,3	55,8
Ignorado	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SINASC, DATASUS/MS.

A cesárea, na prevalência atual, é considerada um desfecho desfavorável do período gestacional. Este tipo de parto aconteceu, no período considerado, no Estado, em média 64,4%; em Sooretama, 52%.

5. GESTÃO EM SAÚDE

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

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.

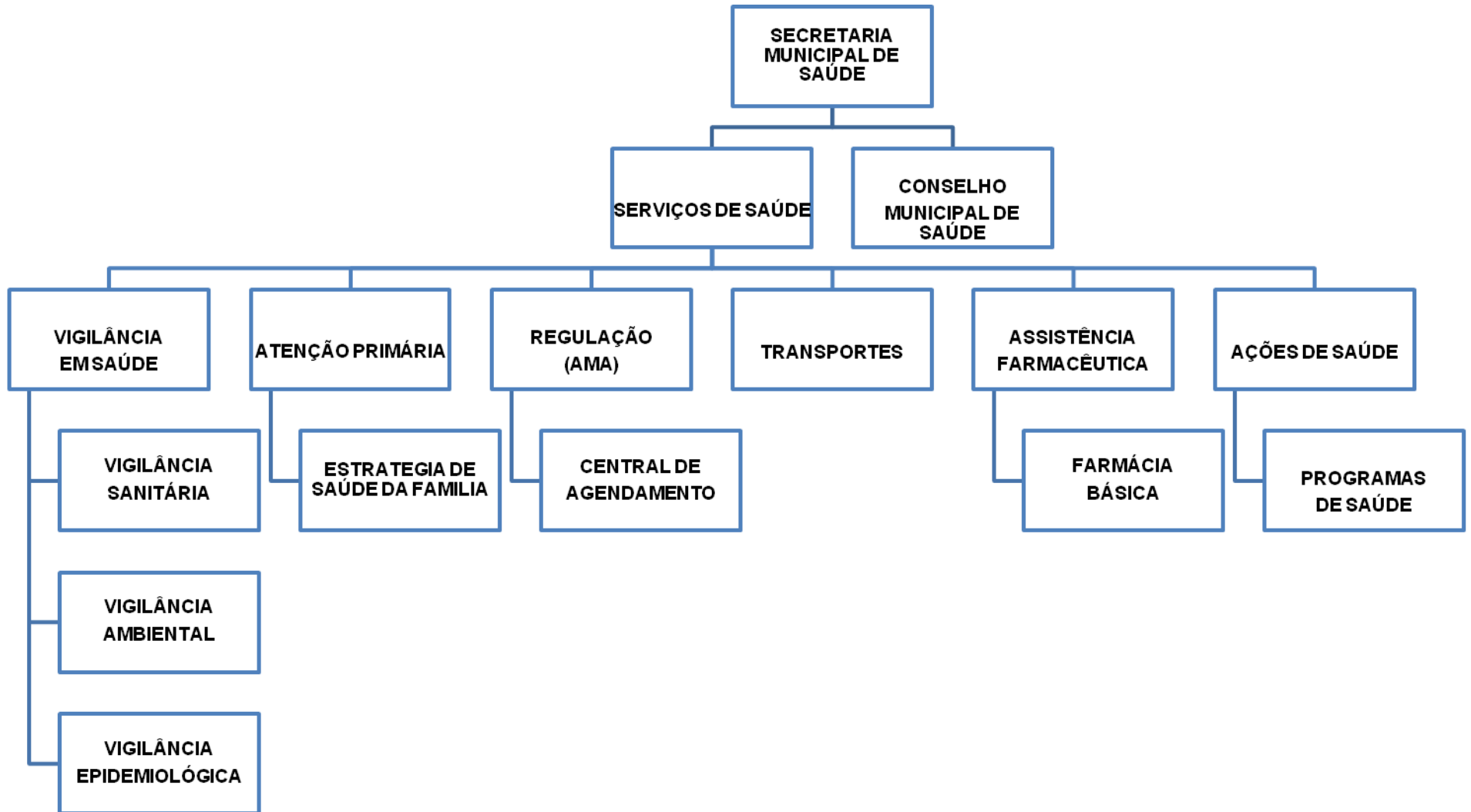
Organizada sobre bases territoriais, onde a distribuição dos serviços segue uma delimitação de áreas de abrangência.

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.

5.1. Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde

Uma das metas para o ano de 2018 a 2021 é melhorar a estrutura física da secretaria municipal de saúde.

ORGANOGRAMA



5.2. Investimentos em Saúde

O atual Plano de Saúde comprova a preocupação da gestão municipal de Sooretama com os investimentos em saúde, a SEMUS vem envidando esforços para incrementar os investimentos na área de saúde, que proporcionem melhoria na qualidade de vida aos usuários do SUS/Sooretama.

- Quadro. (X) Demonstrativo de despesas com saúde por Ano no Município de Sooretama (fonte: SIOPS)

Ano	2013	2014	2015	2016	2017
População	26.843	27.409	27.966	28.509	29.038
D.Total Saúde/Hab	308,85	317,44	310,49	285,90	320,30
%D.Pessoal/D.Total Saúde	64,64	69,97	68,85	67,63	73,61
%D.Serv.Terc/D.Total Saúde	16,73				
%D.Invest/D.Total Saúde	4,49	14,10	5,79	9,99	4,83
%Transf.SUS/D.Total Saúde	27,37	31,77	27,97	27,92	15,07
%R.Próprios em Saúde-EC 29	18,71	18,03	15,99	14,67	18,32
R.Impostos e Transf.Const	30.492.914,18	33.774.976,17	37.383.007,54	37.570.729,02	37.369.747,70
R.Transf.SUS	2.269.447,34	2.764.424,77	2.428.554,93	2.276.042,28	1.395.860,54
R.Transf.SUS/Hab	84,55	100,86	86,84	79,84	48,07
D.Pessoal	5.358.837,23	5.422.455,34	5.511.407,26	4.899.464,38	6.410.450,26
D.R.Próprios	5.705.404,27	6.088.194,65	5.978.466,80	5.512.356,98	6.846.196,94
D.R.Próprios em Saúde/Hab	212,55	222,12	213,78	193,35	235,77
D.Total Saúde	8.290.530,40	8.700.762,02	8.683.033,02	8.150.804,19	9.300.922,17

Podemos observar que a despesa total em saúde no município de Sooretama teve um aumento entre o ano de 2014 a 2015 e em 2017, onde em seguida houve um decréscimo no ano de 2016 devido à transição de gestão. A despesa total de saúde por habitante teve um crescimento significativo no ano de 2017.

6. COMPROMISSOS PARA O PERÍODO 2018/2021

Os compromissos ora assumidos para o período 2018/2021 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.

Diretriz 1: Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da Política de Atenção Básica e Promoção em Saúde.

Objetivo: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a Política de Atenção Primária.

Metas

- 1** – Aumentar o número de equipes da Estratégia Saúde da Família para 07 (sete);
- 2** – Aumentar o percentual de cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família para 100%;
- 3** – Aumentar o percentual de cobertura da população atendida pelos ACS's para 100%;
- 4** – Ampliar o acesso à Atenção Odontológica na Atenção Primária, passando para 03 (três) Equipes de Saúde Bucal implantadas;
- 5** – Ampliar estratégias de prevenção à Saúde Bucal por meio de ações coletivas em pelo menos 03 (três) Equipes de Estratégia Saúde da Família;
- 6** – Acompanhar na Atenção Primária, no mínimo 85% de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com as Condiionalidades de Saúde;
- 7** – Garantir 100% do número de educandos cobertos pelo Programa Saúde na Escola (PSE);

- 8 – Implementar ações de planejamento sexual e reprodutivo para as mulheres em idade fértil em todas as UBS;
- 9 – Implantar acolhimento com classificação de risco em todas as UBS, garantindo 100% de cadastramento familiar com classificação de risco;
- 10 – Implementar e consolidar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em todas as Equipes de Estratégia Saúde da Família;
- 11 – Implantar nas 06 (seis) Equipes de Estratégia Saúde da Família o Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC;
- 12 – Reformar e/ou ampliar 02 (duas) Unidades Básicas de Saúde, com apoio financeiro da SES e MS;
- 13 – Construir 01 (uma) Unidade Básica de Saúde, com apoio financeiro da SES, do MS e Emenda Parlamentar;

Diretriz 2: Organização da Assistência à Saúde da População, com ênfase nas Redes de Atenção à Saúde.

Objetivo: Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde no Município, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Metas

- 1 – Realizar 100% de exames de mamografia para rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50-69 anos na população residente;
- 2 – Realizar 100% de exames citopatológicos para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres de 25-64 anos na população residente;
- 3 – Garantir 100% de cobertura de acompanhamento de hipertensos e diabéticos nas UBS;
- 4 – Diminuir a proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos);
- 5 – Aumentar o percentual de parto normal;
- 6 – Implantar 01 (uma) Equipe de Referência em Saúde Mental;

- 7 – Ampliar as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência em todos os serviços de saúde da rede municipal;
- 8 – Reformar e/ou ampliar o Pronto Atendimento – PA;
- 9 – 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.

Diretriz 3: Redução dos Riscos e Agravos à Saúde da População, por meio das Ações de Prevenção e Vigilância em Saúde.

Objetivo: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Metas

- 1 – Reduzir de 28 para 20 o número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas);
- 2 – Reduzir os óbitos maternos;
- 3 – Investigar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos);
- 4 – Reduzir a taxa de mortalidade infantil;
- 5 – Implantar 01 (um) Serviço de Verificação de Óbitos, a fim de garantir a qualidade das investigações e/ou registros de óbitos;
- 6 – Aumentar a proporção de registro de óbitos com causas básica definida em 100% dos registros;
- 7 – Notificar e preencher 100% do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho;
- 8 – Garantir cobertura vacinal de no mínimo 95%, das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade

(Pentavalente – 3ª dose, Pneumocócica 10 Valente – 2ª dose, Poliomielite – 3ª dose e Tríplice Viral – 1ª dose;

9 – Garantir 80% da proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerradas em até 60 dias após notificação;

10 – Aumentar para, no mínimo, 76% a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar diagnosticados;

11 – Aumentar para, no mínimo, 90% a proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;

12 – Aumentar para, no mínimo 90% a proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;

13 – Diminuir de 09 para 03 o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 (um) ano de idade;

14 – Reduzir o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade para 0%.

15 – Implementar ações para oferta de Testes Rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B em todas as UBS;

16 – Aumentar para, no mínimo, 90% a proporção de pessoas vivendo com HIV/AIDS, em tratamento há pelo menos 6 meses, com carga viral suprimida;

17 – Aumentar para 100% a proporção de testagem para HIV entre casos novos de tuberculose;

18 – Ampliar as ações intersetoriais de controle do tabagismo em 100% dos territórios de saúde;

19 – Reduzir a prevalência de uso do tabaco para 9,6% da população;

20 – Implantar o Programa Academia da Saúde;

21 – Implantar o SI-PNI em todas as salas de vacina das UBS do Município;

22 – Realizar a investigação e adotar as medidas de controle pertinentes para 100% de casos notificados de arboviroses urbanas;

23 – Notificar e investigar 100% dos óbitos suspeitos de arboviroses urbanas;

24 – Notificar 100% de casos suspeitos de Síndrome Congênita do Zika;

- 25 – Organizar capacitações para Médicos, Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem em manejo de casos de arboviroses urbanas;
- 26 – Garantir no mínimo 06 (seis) grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano;
- 27 – Ampliar de 3 para 4 o número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue;
- 28 – Realizar visitas em 100% de Pontos Estratégicos do território adotando medidas de intervenção em conjunto com a Vigilância Sanitária;
- 29 – Realizar o Levantamento Rápido de Índice de Infestação por Aedes Aegypti – LIRA nos municípios infestados pelo vetor Aedes Aegypti, com mais de 2.000 imóveis,

Diretriz 4: Adequação dos processos de trabalho e qualificação dos profissionais envolvidos no trabalho do SUS.

Objetivo: Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.

Metas

- 1 – Qualificar 100% dos Gestores e profissionais da Atenção Básica em processos de educação, nas redes e programas prioritários;
- 2 – Implantar a Sala de Situação de Saúde para discussão e tomada de decisão em relação aos agravos/doenças de importância epidemiológica e interesse à Saúde Pública;

Diretriz 5: Implementação e fortalecimento da articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas.

Objetivo: Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

Metas

- 1 – Promover a capacitação de lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS;
- 2 – Fortalecer instâncias de controle social em especial os Conselhos de Saúde;
- 3 – Apoiar a implementação e fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais;
- 4 – Fortalecer a participação e o controle social, por meio do Conselho Municipal de Saúde, na formulação da Política Municipal de Saúde e o controle sobre as ações e serviços de saúde, bem como, da aplicação dos recursos financeiros;
- 5 – Realizar Conferências de Saúde;

Diretriz 6: Disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos, apoio diagnóstico, terapias.

Objetivo: Exercer ações regulatórias para oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, fundamentadas em protocolos técnicos e baseadas na pactuação regional de referências.

Metas

- 1 – Implementar a Central de Regulação Municipal para a melhoria do acesso dos munícipes aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares;
- 2 – Ampliar o número de procedimentos ambulatoriais (consultas especializadas e exames) regulados;
- 3 – Aprimorar o acesso da população aos serviços de análises clínicas e patologia clínica;

4 – Garantir a atenção às pessoas com necessidades de reabilitação física e motora, através do Centro de Fisioterapia Sooretama – CEFISO;

5 – Oferecer consultas e exames especializados por meio do Consórcio Polinorte de Saúde;

6 – Contratualizar, acompanhar e monitorar os serviços de atenção ambulatorial especializada, atendimento as urgências e as internações hospitalares;

Diretriz 7: Implementação da Assistência Farmacêutica Municipal no âmbito do SUS.

Objetivo: Promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais, com integração da Política Farmacêutica Municipal às Políticas Estadual e Nacional de Saúde, buscando a integralidade da atenção.

Metas

1 – Ampliar a listagem de medicamentos padronizados;

2 – Aprimorar o acesso da população aos medicamentos da farmácia básica, priorizando os usuários cadastrados nos programas estratégicos;

Diretriz 8: Regulamentar e operacionalizar, em caráter excepcional e temporário, ações e medidas de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de importância internacional no âmbito do Município de Sooretama/ES., no enfrentamento da Pandemia do novo Coronavírus – COVID19.

Objetivo: Elaborar e executar ações de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública COVID19.

Metas

1 – Elaborar o Plano de Contingência da COVID19;

- 2 – Adquirir EPI's – Equipamentos de Proteção Individual para 100% dos profissionais de saúde;
- 3 – Intensificar as Ações de Vigilância Sanitária;
- 4 – Adquirir máscaras descartáveis e reutilizáveis para a população;
- 5 – Realizar desinfecção dos veículos que transportam pacientes suspeitos ou confirmados;
- 6 – Informar a população sobre as medidas de prevenção da COVID19, bem como, a logística de agendamento aos casos suspeitos;
- 7 – Garantir insumos e recursos humanos para o Enfrentamento da Pandemia;
- 8 – Monitorar 100% dos pacientes suspeitos e confirmados, através de contato telefônico e/ou visita domiciliar da Equipe de Saúde;
- 9 – Realizar coleta de testes RT-PCR e encaminhar ao Laboratório Estadual, de acordo com Norma Técnica;
- 10 – Intensificar as Campanhas Educativas na Mídia Local, incluindo Unidades Móveis e Boletins Informativos;
- 11 – Qualificar e atualizar os profissionais quanto aos assuntos da COVID19;
- 12 – Instalar Barreira Sanitária para fins de conscientização, orientação à população, monitoramento de possíveis casos suspeitos, distribuição de máscaras e supervisão de entrada de trabalhadores para a colheita de café no Município.

Sooretama – ES., 29 de Dezembro de 2020.

ALESSANDRO BROEDEL TOREZANI
Prefeito Municipal
Sooretama – ES.

EDINALVA PEREIRA SOUZA CUNHA
Secretária Municipal de Saúde
Sooretama – ES.