



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SOORETAMA**

**Governo do Município de Sooretama - ES**

Alessandro Broedel Torezani

**Secretaria Municipal da Saúde**

Edinalva Pereira Sousa Cunha

Wesley Costa Silveira

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

2022 – 2025

Linhares – ES

2021

PREFEITO

**Alessandro Broedel Torezani**

VICE-PREFEITO

**Fernando Camiletti**

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Edinalva Pereira Souza Cunha**

SUBSECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Wesley Costa Silveira**

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Carlos Alberto de Oliveira**

COORDENADOR MUNICIPAL DE ATENÇÃO BÁSICA/ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Éder Ricardo Nascimento**

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PMS 2022-2025

- 1. Edinalva Pereira Souza Cunha – Secretária Municipal de Saúde Sooretama;**
- 2. Dilcilene Teixeira Brito – Coordenadora do NAPS Sooretama;**
- 3. Fernanda Piassi – Coord. de enfermagem do Pronto Atendimento Sooretama;**
- 4. Adriana Yekel da Cruz Oliveira – Membro do Conselho M. de Saúde de Sooretama;**
- 5. Vanuza Rezende Monteiro Guidini – Coord. da Central de Regulação Sooretama;**
- 6. Wesley Costa Silveira – Coordenador municipal do CPD Saúde Sooretama;**
- 7. Tiago de Souza Bruno – Diretor Municipal da Vigilância Sanitária Sooretama;**
- 8. Carlos Alberto de Oliveira – Presidente do Conselho de Saúde Sooretama;**
- 9. Vanildo Broedel – Secretário de Administração e Planejamento;**
- 10. Oscar Francisco dos Santos - Presidente Da Câmara M. de Saúde de Sooretama.**
- 11. Eder Ricardo do Nascimento – Coordenador da A.P.S Sooretama (facilitador);**
- 12. Daiane Pinheiro Sampaio – Téc. Pedagógica da Saúde Sooretama (facilitadora);**

## 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.

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

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

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	4
2 CARACTERIZAÇÃO/HISTÓRICO DO MUNICÍPIO .....	7
3 ANÁLISE SITUACIONAL .....	11
3.1 Aspectos Demográficos .....	11
3.1.1 Regionalização .....	12
3.2 Aspectos Socioeconômicos .....	15
3.2.1 Renda Familiar Média .....	15
3.2.2 Grau de Instrução .....	16
3.2.3 Saneamento Básico e Destinação do Lixo .....	16
3.3 Aspectos Epidemiológicos .....	21
3.3.1 Morbidade .....	21
3.4 Mortalidade .....	25
4 ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE .....	31
4.1 - INDICADORES DE SAÚDE – PREVINE BRASIL .....	32
4.1.1 Proporção de Gestantes com Atendimento Pelo Menos 6 (Seis) Consultas PN Realizadas .....	33
4.1.2 - Proporção De Gestantes Com Realização De Exames Para Sífilis E HIV. ...	35
4.1.3 - Proporção De Gestante Com Atendimento Odontológico .....	37
4.1.5 - Cobertura Vacinal – Penta E Tetravalente .....	42
4.1.6 - Aferição de Pressão Arterial .....	44
4.1.7 - Hemoglobina Glicada .....	46
4.2 - Atenção Básica .....	48
4.3 Atenção Especializada / Serviço de Referência .....	50
4.3.1 Núcleo de Atenção e Promoção a Saúde (NAPS) .....	51
4.4 Estrutura de Apoio Logístico .....	51
4.4.1 Regulação .....	51

4.4.2 Transporte Sanitário .....	52
4.4.3 Condição de Transporte do Paciente.....	53
4.4.3 Centro de Fisioterapia.....	54
4.5 Atenção às Urgências e Emergências – Pronto Atendimento.....	55
4.5.1 Atenção às Urgências e Emergências – COVID.19.....	55
4.5.2 Cuidados com o paciente .....	58
4.5.3 Medidas de isolamento.....	59
4.5.4 Medidas de Biossegurança para profissionais de saúde: .....	59
4.6 Assistência Farmacêutica .....	60
4.7 Vigilância em Saúde .....	61
4.7.1 - Vigilância Epidemiológica .....	64
4.7.2 – Imunização .....	64
4.7.3 - Vigilância Sanitária .....	68
4.8 - Atenção a Populações Específicas.....	69
4.8.1 Saúde da Mulher e da Criança .....	69
4.9 - Atenção ao Pré-Natal.....	70
5 GESTÃO EM SAÚDE.....	76
5.1 Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde .....	77
5.2 - Investimentos em Saúde .....	79
6 COMPROMISSOS PARA O PERÍODO 2022 / 2025 .....	80
REFERÊNCIAS.....	132

## 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 2022-2025 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 às 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 Assembleia Legislativa, na capital, houve a tão esperada modificação na lei, permitindo que o próximo plebiscito tivesse validade independentemente 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** (Km<sup>2</sup>): 586,736

**Densidade:** 48 hab/km<sup>2</sup>

**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**

<b>ANO</b>	<b>POPULAÇÃO</b>
2010	23.843
2011	24.271
2012	24.685
2013	26.843
2014	27.409
2015	27.966
2016	28.509
2017	29.038
2018	29.449
2019	30.070

Fonte: DataSus/Tabnet (2021)

Tabela 1 - População Residente por Sexo segundo Faixa Etária

Idade	2016			2017			2018		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
0 a 4 anos	1465	1403	2868	1493	1429	2922	1526	1463	2989
5 a 9 anos	1329	1270	2599	1362	1298	2660	1395	1326	2721
10 a 14 anos	1367	1221	2588	1358	1225	2583	1353	1233	2586
15 a 19 anos	1332	1282	2614	1357	1271	2628	1378	1258	2636
20 a 29 anos	2486	2418	4904	2512	2460	4972	2540	2505	5045
30 a 39 anos	2401	2244	4645	2441	2285	4726	2472	2319	4791
40 a 49 anos	1739	1626	3365	1823	1698	3521	1912	1774	3686
50 a 59 anos	1157	1132	2289	1202	1167	2369	1244	1202	2446
60 a 69 anos	662	694	1356	692	729	1421	722	765	1487
70 a 79 anos	315	330	645	327	344	671	342	359	701
80 ou mais	136	190	326	143	201	344	150	211	361
<b>Totais</b>	<b>14389</b>	<b>13810</b>	<b>28199</b>	<b>14710</b>	<b>14107</b>	<b>28817</b>	<b>15034</b>	<b>14415</b>	<b>29449</b>

Idade	2019			2020		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
0 a 4 anos	1551	1483	3034	1569	1496	3065
5 a 9 anos	1434	1360	2794	1479	1399	2878
10 a 14 anos	1352	1245	2597	1353	1259	2612
15 a 19 anos	1400	1247	2647	1423	1236	2659
20 a 29 anos	2569	2548	5117	2597	2590	5187
30 a 39 anos	2496	2346	4842	2512	2366	4878
40 a 49 anos	2006	1852	3858	2102	1932	4034
50 a 59 anos	1284	1262	2546	1322	1262	2584
60 a 69 anos	751	799	1550	778	832	1610
70 a 79 anos	359	377	736	379	397	776
80 ou mais	157	222	379	164	233	397
<b>Totais</b>	<b>15359</b>	<b>14741</b>	<b>30100</b>	<b>15678</b>	<b>15002</b>	<b>30680</b>

Fonte: DataSus/Tabnet (2021)

### 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: Plano Diretor de Regionalização (PDR/ES 2011, p.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

Fonte: IBGE (2010)

A taxa de desemprego de 2000 a 2010 teve um decréscimo de 0,35% entre estes anos, porem 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%

Fonte: IBGE (2010)

### 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 3 – 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 4 – Formas de abastecimento de água dos domicílios particulares permanentes, ano 2000, 2010 e 2017.**

<b>Ano 2000</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>% de domicílios</b>
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%
<b>Total de domicílios</b>	<b>4.573</b>	<b>100%</b>

<b>Ano 2010</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>% de domicílios</b>
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%
<b>Total de domicílios</b>	<b>7.153</b>	<b>100%</b>

<b>Ano 2017 (Fonte E-sus)</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>% de domicílios</b>
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%
<b>Total de domicílios</b>	<b>8.420</b>	<b>100%</b>

**Tabela 5 – Formas de esgotamento sanitário dos domicílios particulares permanentes, ano 2000, 2010 e 2017.**

<b>Ano 2000</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>% de domicílios</b>
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%
<b>Total de domicílios</b>	<b>4.573</b>	<b>100%</b>
<b>Ano 2010</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>% de domicílios</b>
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%
<b>Total de domicílios</b>	<b>6.950</b>	<b>100%</b>

<b>Ano 2017 (Fonte E-sus)</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>% de domicílios</b>
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%
<b>Total de domicílios</b>	<b>8.540</b>	<b>100%</b>

Fonte: LAGESA (2017)

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.**

<b>Ano 2000</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>% de domicílios</b>
-----------------	-----------------------------	------------------------

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%
<b>Total de domicílio</b>	<b>4.573</b>	<b>100%</b>

<b>Ano 2010</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>% de domicílios</b>
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%
<b>Total de domicílio</b>	<b>6.950</b>	<b>100%</b>

<b>Ano 2017 (Fonte E-sus)</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>% de domicílios</b>
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%
<b>Total de domicílio</b>	<b>8.540</b>	<b>100%</b>

Fonte: LAGESA (2017)

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





Fonte: SIH/SUS, DATASUS/MS (2021)

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 2020.**

ANO	ESPIRITO 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
2018	242.267					
2019	246.301					

2020	225.214					
------	---------	--	--	--	--	--

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/> (consulta em 29/04/21).

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.**

AN O	ESPÍRITO SANTO			SOORETAMA		
	Populaçã o	Procedimento s	Por habitant e	Populaçã o	Procedimento s	Por habitante
201 0	3.514.952	24.500.136	7,0	23.843	189.686	8,0
201 1	3.745.577	23.593.069	6,3	24.271	118.428	4,9
201 2	3.792.874	25.983.888	6,9	24.685	119.060	4,8
201 3	3.839.366	26.181.573	6,8	26.843	128.208	4,8
201 4	3.885.049	25.103.558	6,5	27.409	109.398	4,0

201						
5	3.929.911	25.472.871	6,5	27.966	81.097	2,9
201						
6	3.973.697	28.594.268	7,2	28.509	74.046	2,6
201						
7	4.016.356	27.220.573	6,8	29.038	105.614	3,6

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

### 3.4 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 mantêm 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"), 2017 a 2021 [em atualização]**

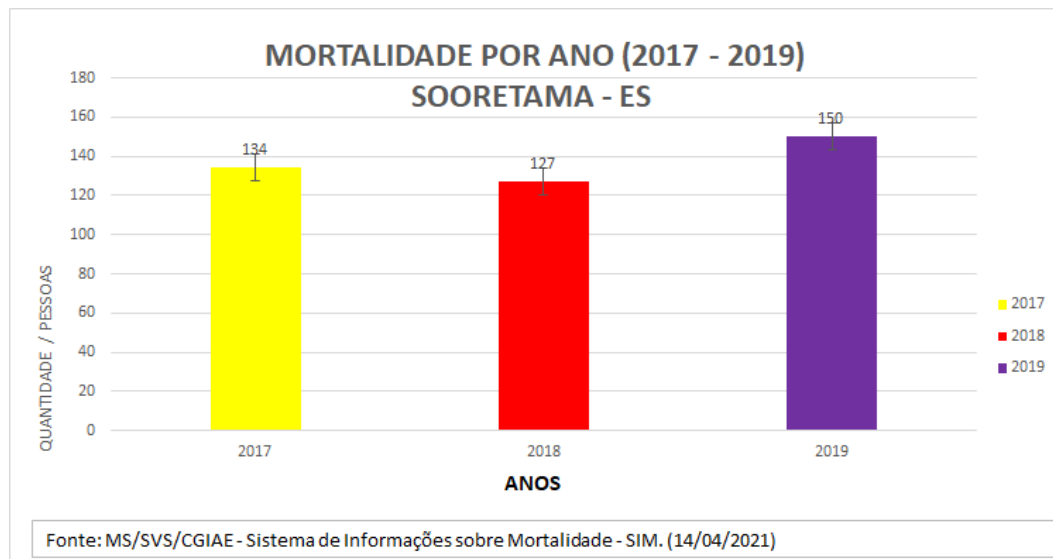
Causas Capítulos	2010		2011		2012		2013	
	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,4	2,9	4,1	3,2	1,7	2,9	0,8	3,0
II. Neoplasias (tumores)	8,7	16,3	13,5	17,0	19,0	17,2	16,8	17,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,0	0,3	0,7	0,4	0,0	0,4	0,8	0,3
IV.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

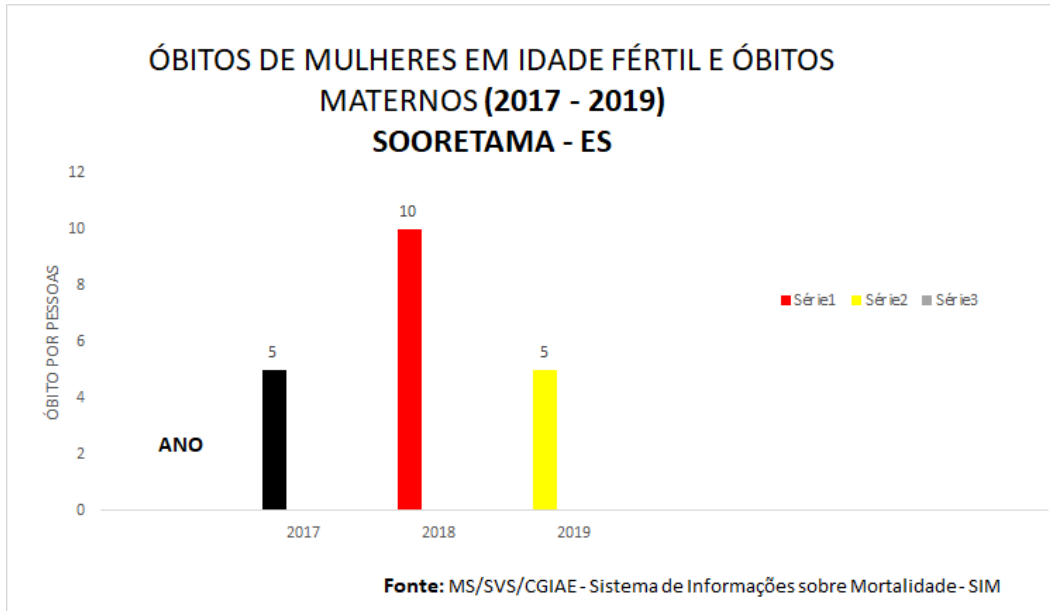
Causas Capítulos	2014		2015		2016	
	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,8	3,1	5,5	3,1	0,8	3,1
II. Neoplasias (tumores)	12,7	17,4	15,6	18,0	12,5	18,2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,4	0,3	0,0	0,4	0,0	0,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	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

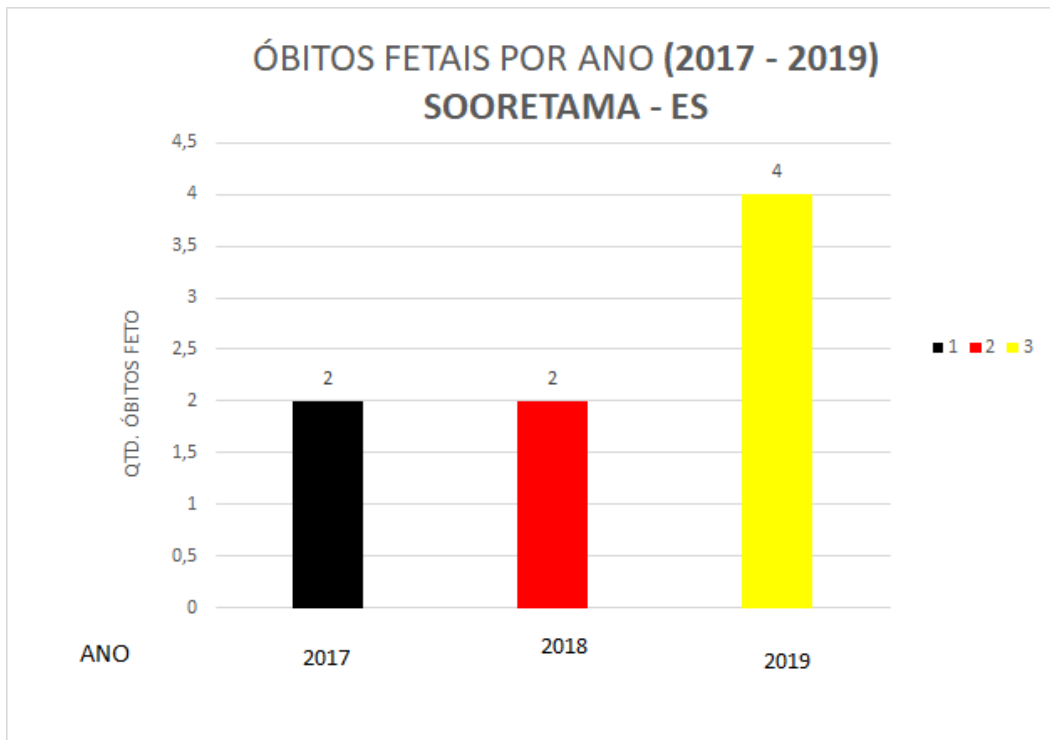
Fonte: SIM, TABNET (Consulta em 19/01/2018).



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



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



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM 14/04/2021

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	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt	Est	Srt
<b>ETÁRIOS</b>														
<b>TOTAL *</b>	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
<b>&lt; 7 dias **</b>	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
<b>7-27 dias ***</b>	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
<b>28d-&lt;1ano</b>														
<b>****</b>	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).

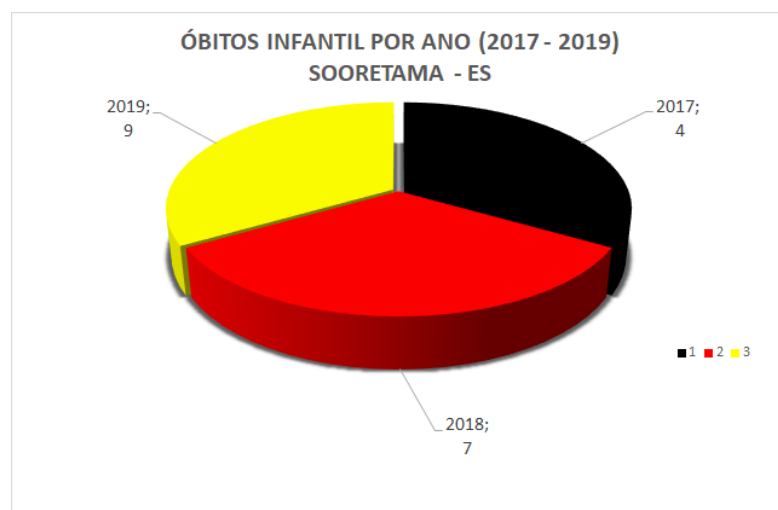
\* Taxa de Mortalidade Infantil

\*\* Taxa de Mortalidade Neo Natal

Precoce

\*\*\* Taxa de Mortalidade Neo Natal Tardia

\*\*\*\* Taxa de Mortalidade Pós Neo Natal



Fonte: SEMUS (2021)

**Fonte:** MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

14/04/2021

#### **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 - INDICADORES DE SAÚDE – PREVINE BRASIL**

O Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. É uma ação do Programa Previne Brasil, em caráter excepcional, e será calculado com base nas informações registradas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

O incentivo financeiro será transferido na modalidade fundo a fundo, em parcela única, aos, em conformidade com o quantitativo total de Equipes de Saúde da Família (eSF) credenciadas pelo Ministério da Saúde e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e com a população cadastrada no SISAB no período de janeiro a setembro do ano de 2019.

Deste modo, referindo-se ao financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

##### **I - Capitação ponderada:**

Leva em consideração a Vulnerabilidade socioeconômica, Perfil demográfico, Classificação Geográfica (município urbano; município intermediário adjacente; município rural adjacente; município intermediário remoto; município rural remoto).

*PORTARIA Nº3.263, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2019 Estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).*

##### **II - Pagamento por desempenho:**

Um dos componentes que fazem parte da transferência mensal aos municípios é o pagamento por desempenho. Para definição do valor a ser transferido neste

componente, serão considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que serão monitorados e avaliados no trabalho das equipes (eSF/eAP).

### **III - incentivo para ações estratégicas:**

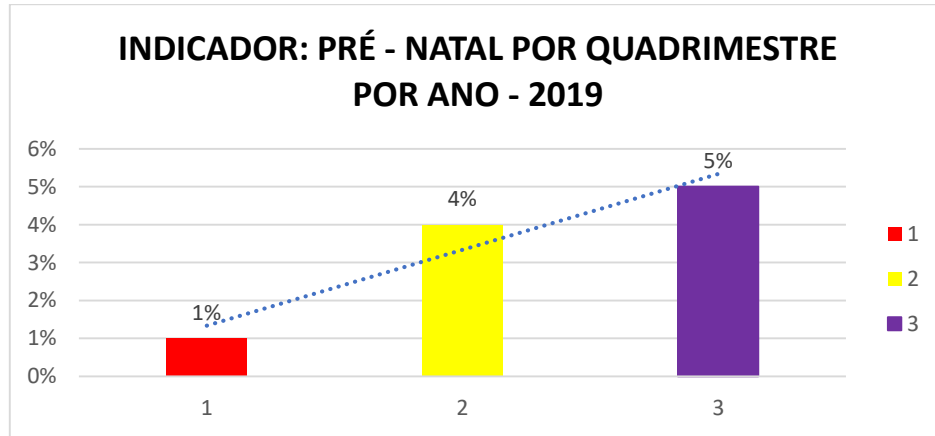
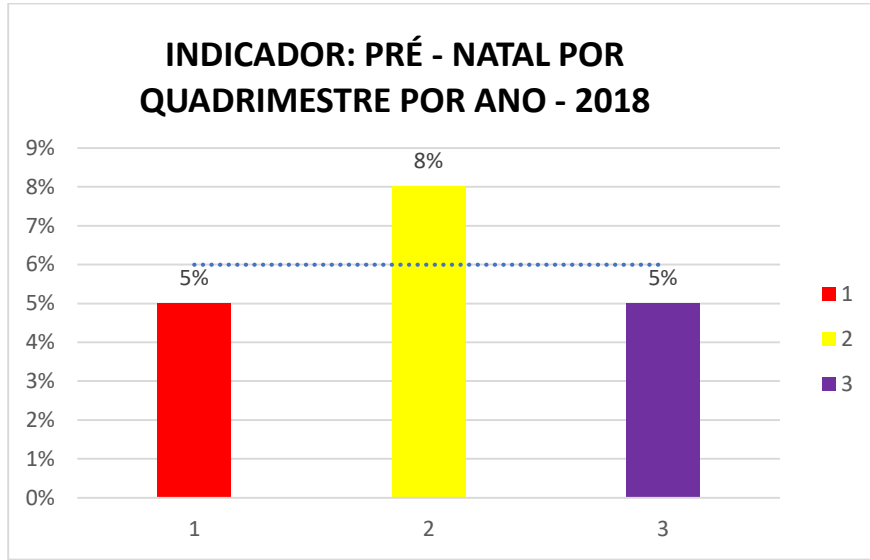
Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde.

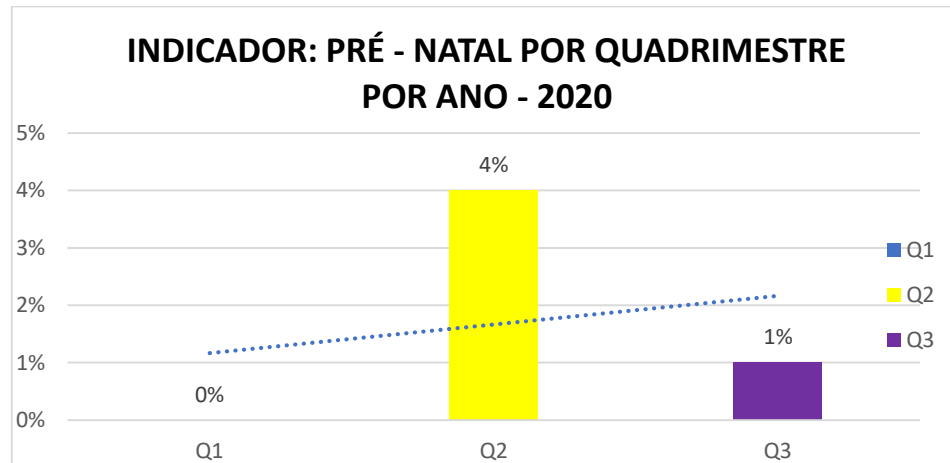
Assim, embora a APS do município de Sooretama esteja atuante, priorizando os indicadores como: metas a serem conquistados, tem apresentado baixo índice desejável nos indicadores de saúde, em reuniões mensais com as equipes são apresentadas cada indicador a ser alcançado e as dificuldades para atingi-los. Os principais gargalos observados estão: falta de internet de qualidade; dificuldade em digitação pelos profissionais; falta de informatização nas unidades. Todos estes problemas tem sido discutidos pela gestão e temos trabalhado com afinco para estruturarmos nossa equipe, ofertando todos os meios de insumos, suporte técnico e recurso humano para garantir a melhoria da qualidade da assistência ao usuário do SUS. Abaixo apresenta as tabelas dos indicadores por ano em nosso município de 2018 a 2020.

#### **4.1.1 Proporção de Gestantes com Atendimento Pelo Menos 6 (Seis) Consultas PN Realizadas.**

O Programa determina que a proporção de pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.

Figura 1 - Pré-natal





Fonte: Datasus/Tabnet (2021)

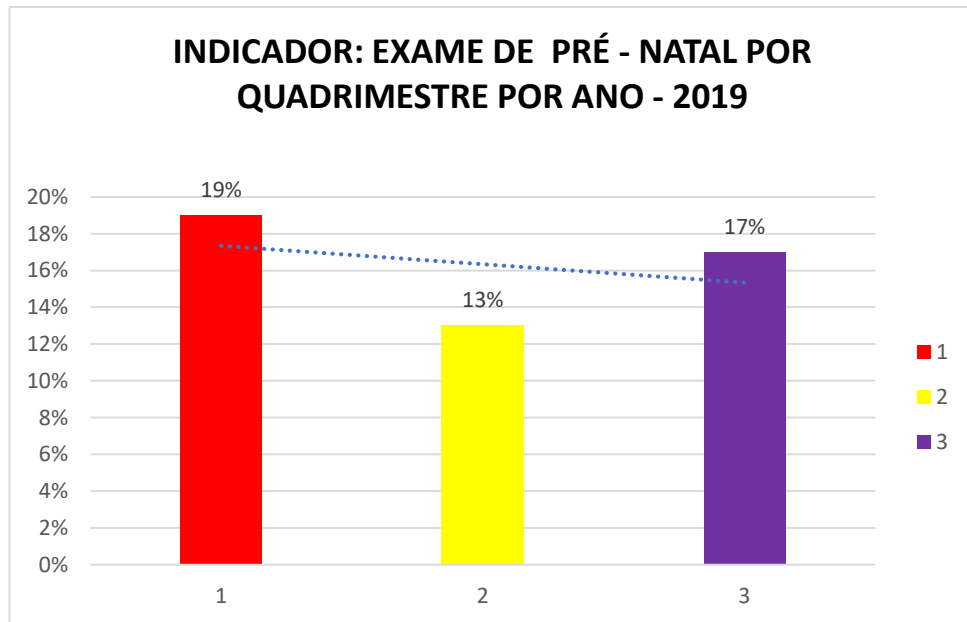
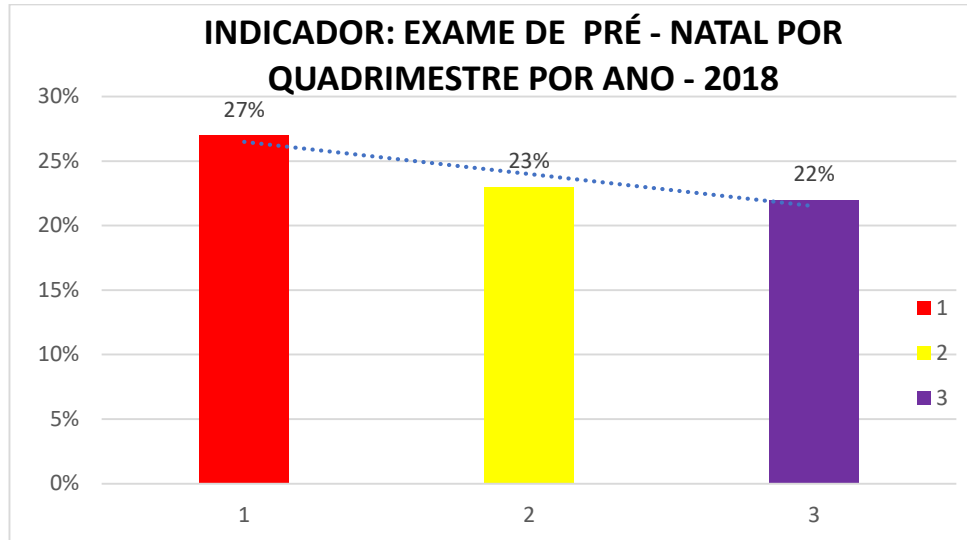
Percebe-se que os valores se encontram está abaixo do preconizado, estabelecido pelo programa que é 60% das gestantes consultando pelo menos 6 consultas por pré-natal. Sabemos que estes dados está abaixo do adequado devido a problemática na digitação dos procedimentos pelos profissionais. Estamos estruturando adequadamente para a correção dessa problemática de forma a garantir o acompanhamento adequado da gestante ao longo do pré-natal, com consultas em quantidade e qualidade suficiente sendo capaz de identificar problemas pré-existentes e aqueles desenvolvidos ao longo da gestação, propiciando diagnóstico precoce e tratamento apropriado. Isso aumenta as chances de uma gravidez saudável com o desenvolvimento correto do feto e um parto no tempo certo.

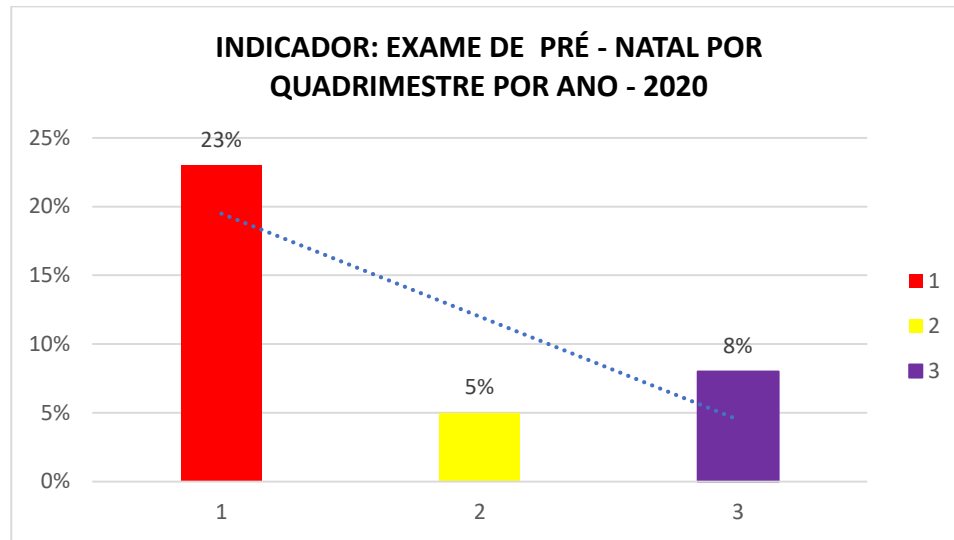
#### 4.1.2 - Proporção De Gestantes Com Realização De Exames Para Sífilis E HIV.

É solicitado pelo programa Previna Brasil a meta de 60% de exames garantidos a gestante no pré-natal pelo município. Abaixo mostra dos dados referentes ao ano 2018 a 2020.

*Figura 2 - Exame Pré-natal*

UF	IBGE	Município	2018 Q1	2018 Q2	2018 Q3	2019 Q1	2019 Q2	2019 Q3	2020 Q1	2020 Q2	2020 Q3
ES	320501	SOORETAMA	27%	23%	22%	19%	13%	17%	23%	5%	8%





Fonte: Datasus/Tabnet (2021)

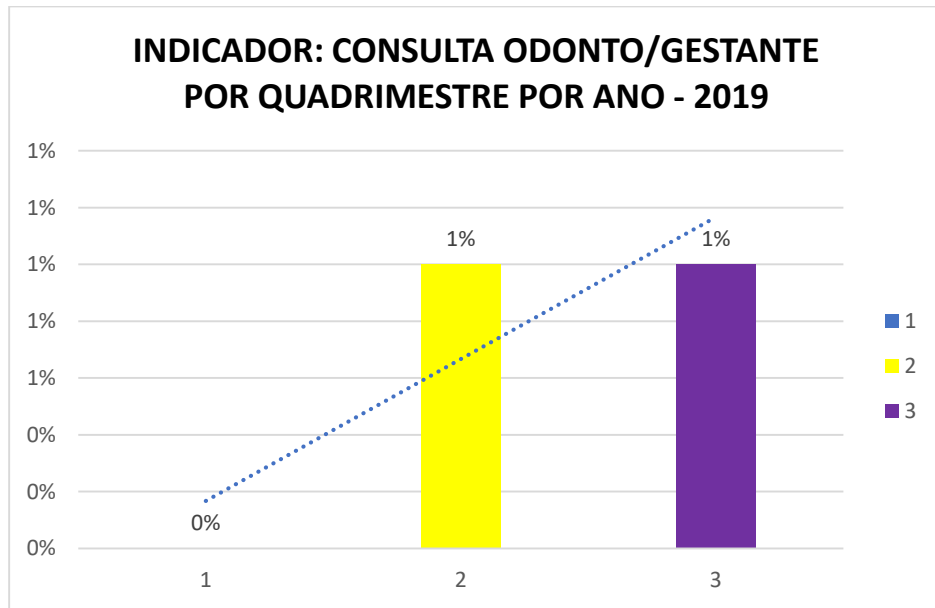
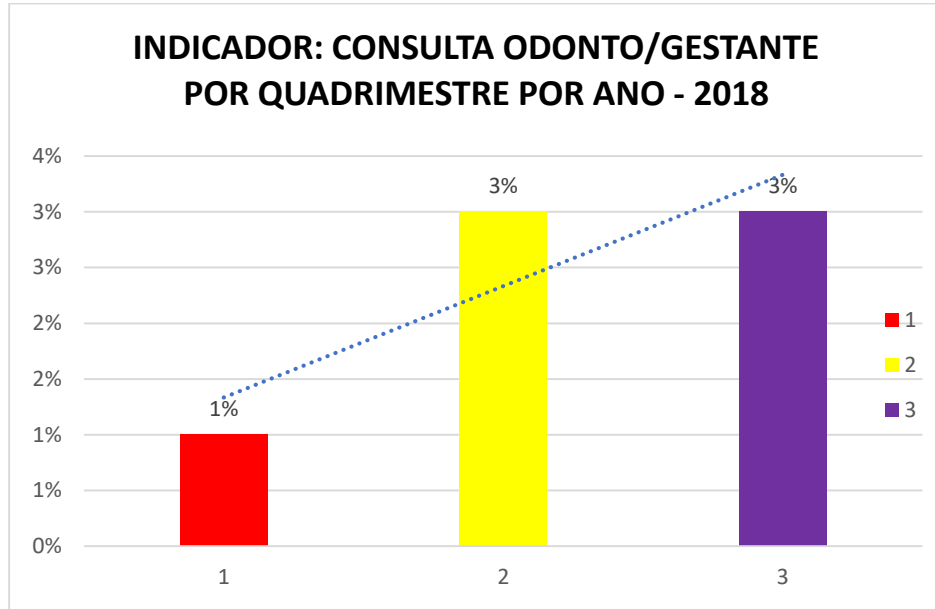
Nos gráficos acima descreve a situação dos indicadores nesses 3(anos) onde apresenta baixa porcentagem nesse indicador. Embora o município ofereça e garanta todos os exames solicitados pelo MS, estamos com dificuldade em ser enviado os dados (digitação) corretamente. Lembramos que ao início da mudança da forma de custeio o município apresentava-se e ainda apresenta (em menor proporção) a falta de informatização nas unidades, dificultando o envio da base de dados ao Ministério. São garantidos estes exames a gestante devido o direito constitucional e a preocupação quanto as infecções por HIV e sífilis são duas das doenças mais ameaçadoras ao feto, já que podem ser transmitidas verticalmente. A interrupção do ciclo de transmissão gestante->feto pode ser feita, com terapia de eficácia reconhecida, se identificada em momento oportuno.

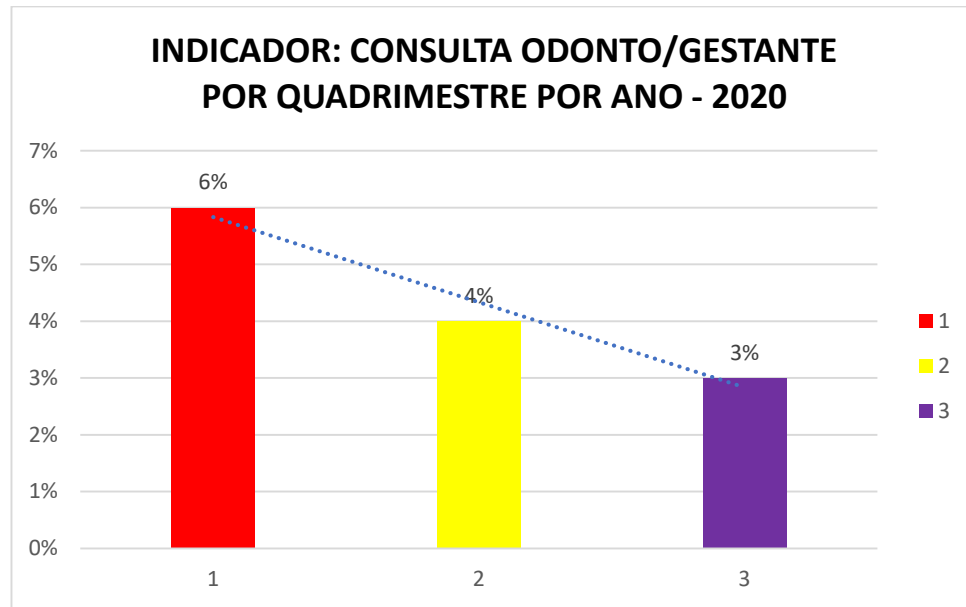
#### **4.1.3 - Proporção De Gestante Com Atendimento Odontológico**

É solicitado pelo programa Previna Brasil a meta de 60% para o atendimento odontológico garantidos a gestante no pré-natal pelo município. Abaixo mostra dos dados referentes ao ano 2018 a 2020.



Figura 3 - Consulta odonto/gestante





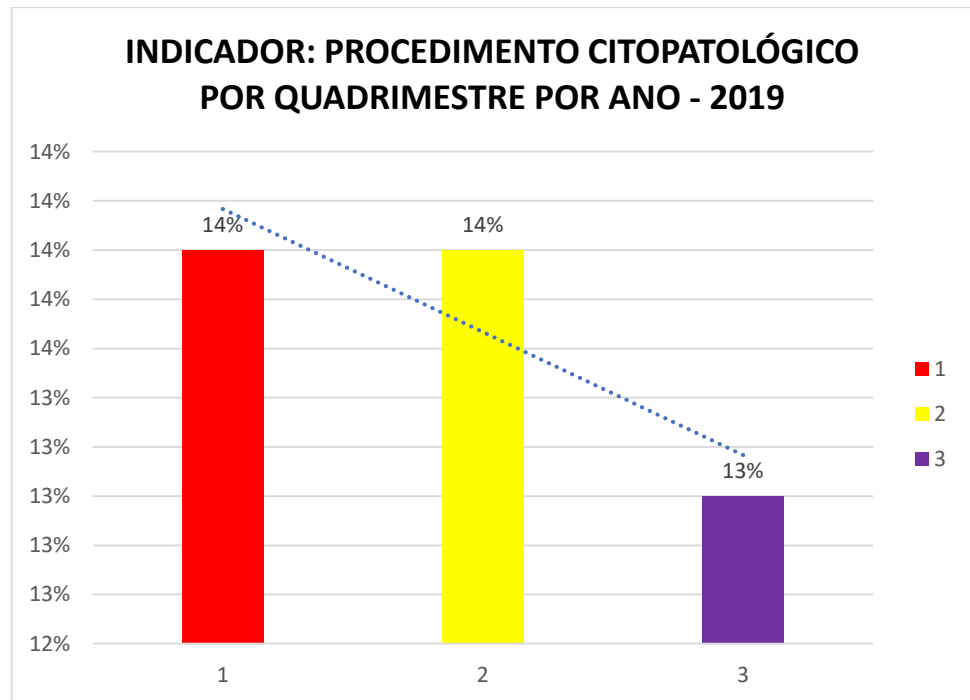
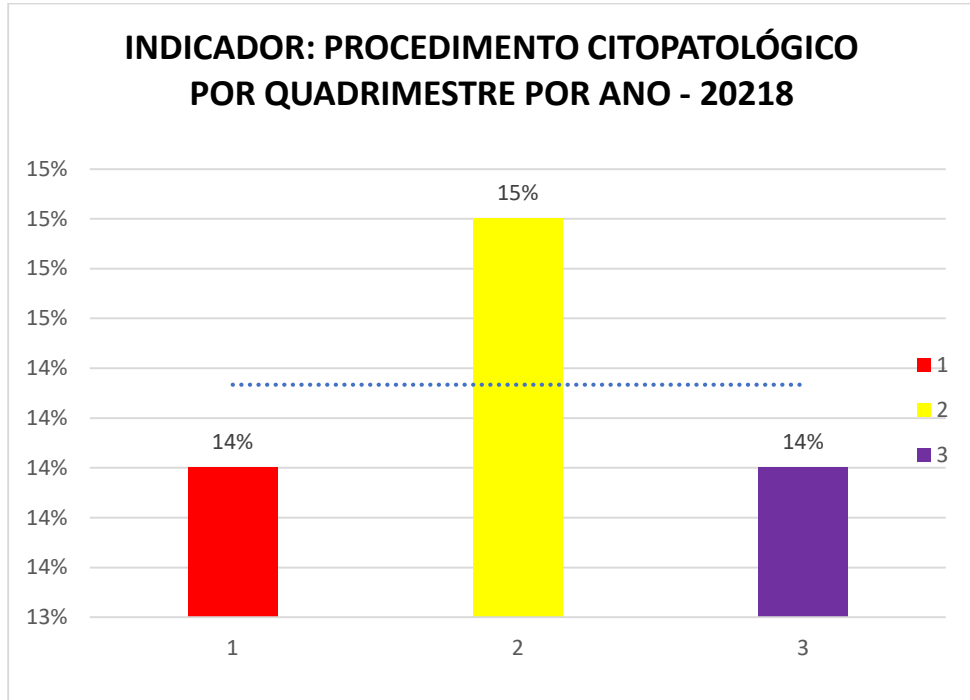
Fonte: Datasus/Tabnet (2021)

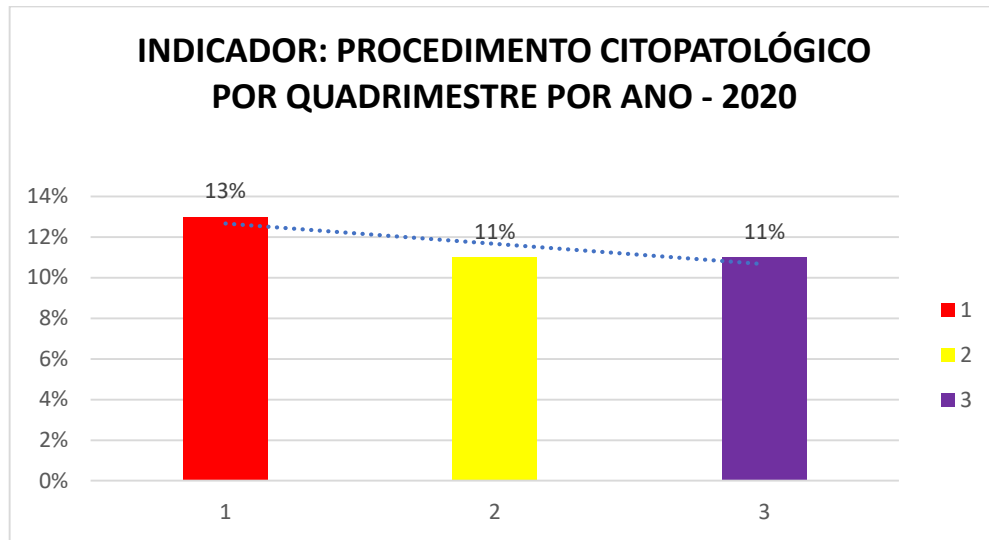
Nos gráficos acima descreve a situação dos indicadores comparando os seguintes anos: 2018, 2019 e 2020. Em que apresenta queda da oferta por ano e com destaque para 2020 em que houve menos oferta do primeiro quadrimestre para o terceiro do respectivo ano. A baixa na porcentagem nesse indicador referente a 2020 seria devido possuir apenas 3 profissionais para atender a demanda do município, após planejamento pela gestão foi introduzido mais (6) profissionais de saúde bucal (dentistas) totalizando (9) garantindo 100% das equipes no município e estamos realizando contratação dos técnicos de saúde bucal para compor a equipe, de forma a garantir melhores indicadores nos próximos quadrimestres. Tendo em vista o risco de doenças bucais podem gerar problemas gestacionais como a indução do parto prematuro, entre outros, prejudicando potencialmente a saúde e o desenvolvimento do bebê. A saúde bucal deve ser observada na gestante como parte importante do cuidado pré-natal.

#### 4.1.4 - Cobertura De Exame Citopatológico

É solicitado pelo programa Previna Brasil a meta de 40% para o atendimento odontológico garantidos a gestante no pré-natal pelo município. Abaixo mostra dos dados referentes ao ano 2018 a 2020.

Figura 4 - Procedimento Citopatológico





Fonte: Datasus/Tabnet (2021)

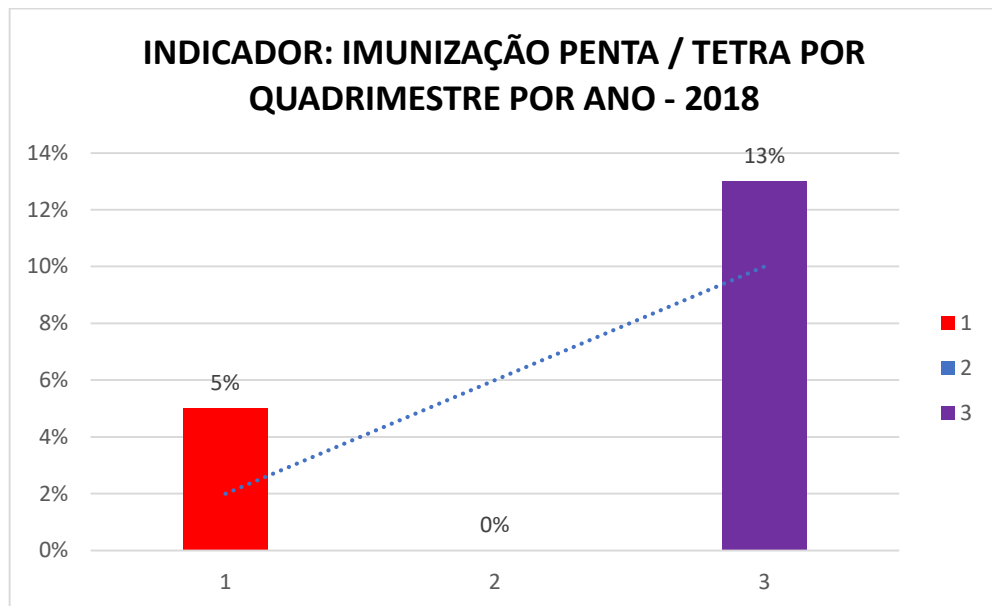
Nos gráficos acima descreve a situação dos indicadores comparando os seguintes anos: 2018, 2019 e 2020. Em que apresenta queda a cada ano com destaque para 2020. Com a implantação da pandemia houve maior dificuldade no acesso da população aos serviços de saúde, favorecendo assim menor adesão aos serviços ofertados. Vale salientar que no município realiza estes procedimentos semanalmente, más estamos com dificuldade no envio dos dados ao MS. Sabemos que câncer cérvico-uterino é o único completamente identificado anteriormente ao seu desenvolvimento e tem uma história natural bem conhecida, incluindo seus agentes causadores. Contudo, o número desse tipo de câncer ainda é acima do esperado para um país que oferece cobertura universal de rastreamento. Estamos realizando critérios para melhoria neste indicador da seguinte forma: Ter dados populacionais para mensuração da oferta necessária ao rastreamento adequado para toda a população feminina na faixa etária;

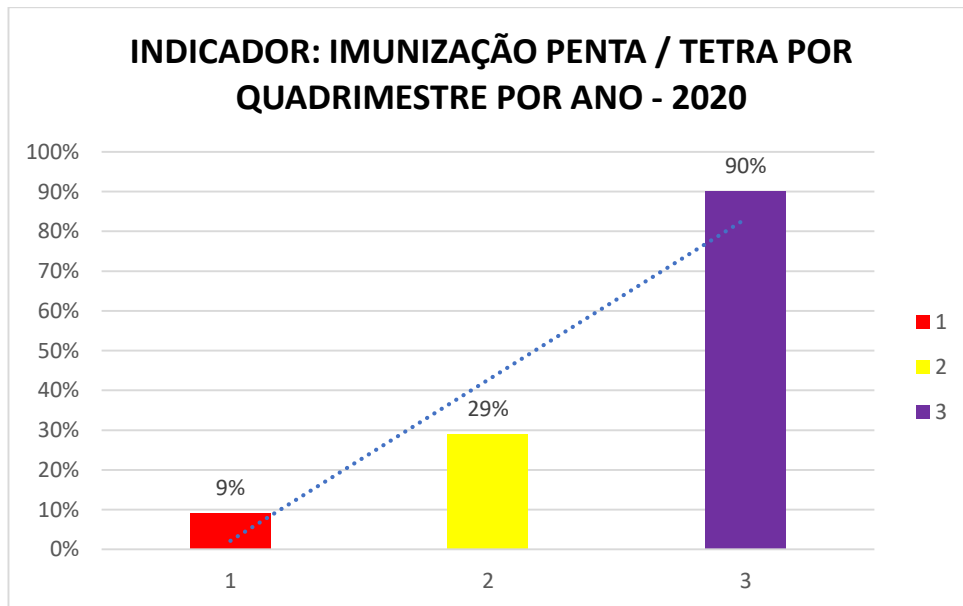
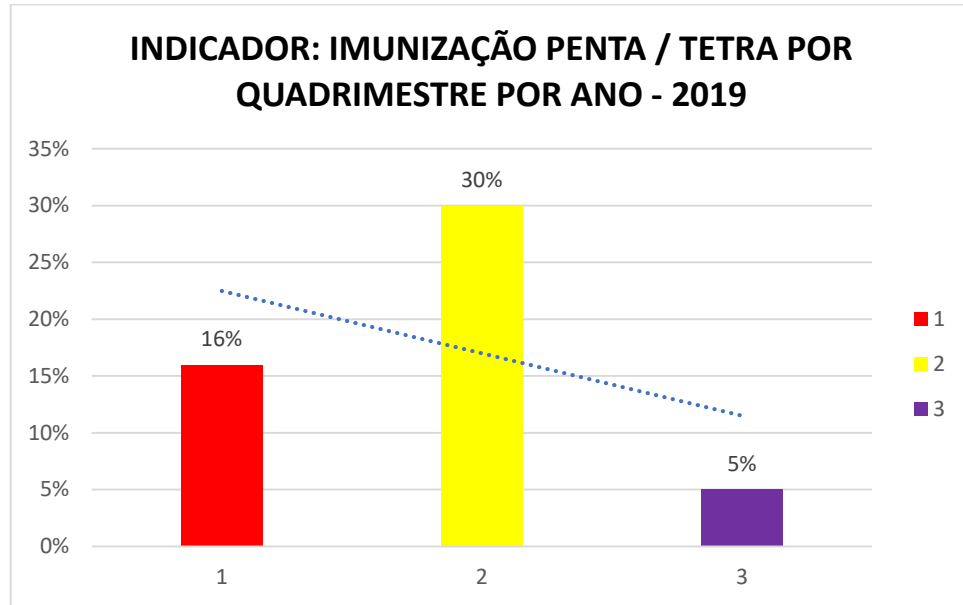
- Ter controle individualizado dessa população, e não por quantitativo total, evitando realizar o exame sempre para as mesmas mulheres e deixando outras de fora do programa de rastreamento;
- Ter método de controle do seguimento das mulheres com exame alterado (sistema eletrônico ou registro de papel, ambos verificados periodicamente);
- Ofertar esse exame a todas as mulheres na idade preconizada que frequentam a unidade, independentemente do motivo.

#### 4.1.5 - Cobertura Vacinal – Penta E Tetraivalente

É solicitado pelo programa Previna Brasil a meta de 95% para o atendimento odontológico garantidos a gestante no pré-natal pelo município. Abaixo mostra dos dados referentes ao ano 2018 a 2020. Sendo fundamental monitorar a cobertura vacinal, principalmente no primeiro ano de vida, em que o sistema imunológico ainda está pouco desenvolvido. A verificação dessas duas vacinas se dá como uma forma mais fácil de monitorar a adesão da criança ao calendário vacinal.

*Figura 5 - Imunização da Pentavalente*





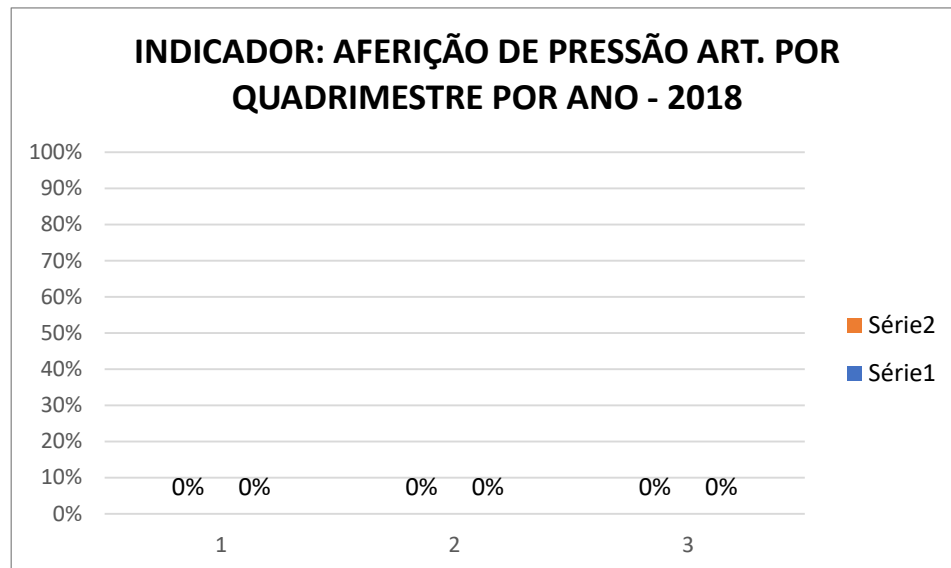
Fonte: Datasus/Tabnet (2021)

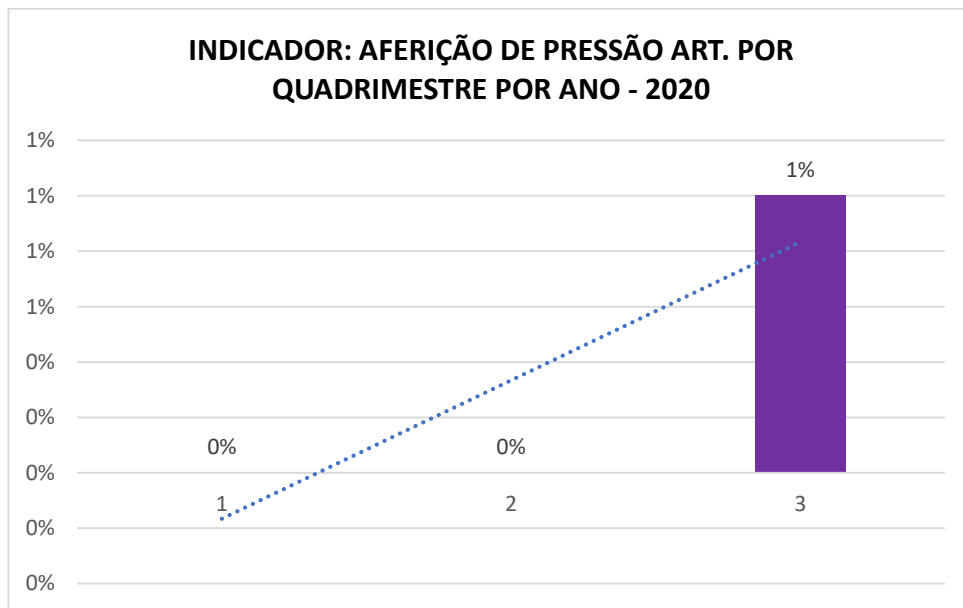
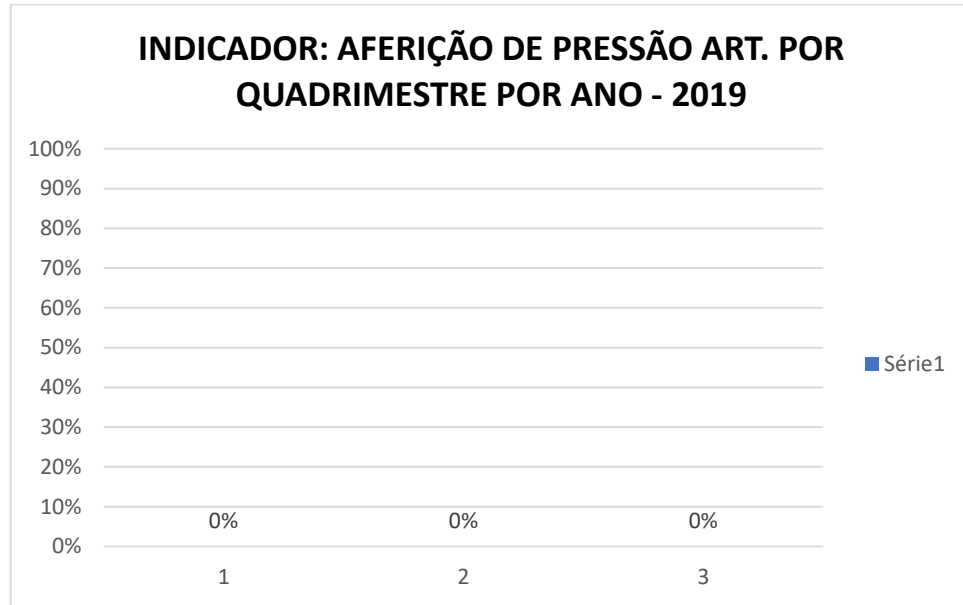
Nos gráficos acima descreve a situação dos indicadores comparando os seguintes anos: 2018, 2019 e 2020. Em que apresenta melhora significativa no ano de 2020 no último quadrimestre. Onde foi implantado em toda a sala de vacina de cada unidade de saúde informatização conforme referência técnica.

#### 4.1.6 - Aferição de Pressão Arterial

A hipertensão é um dos problemas crônicos de saúde mais prevalentes na população brasileira. Além disso, é um elemento importante de aumento do risco cardiovascular, principalmente se não estiver devidamente acompanhada e compensada. Além de aumentar a mortalidade, sobretudo em pessoas idosas, é fator importante de hospitalização e custos do sistema de saúde.

*Figura 6 - Aferição de Pressão*





Fonte: Datasus/Tabnet (2021)

Nos gráficos acima descreve a situação dos indicadores comparando os seguintes anos: 2018, 2019 e 2020. Em que apresenta valores muito abaixo do preconizado em todos os anos. Fazendo assim com que criemos estratégias para alcançá-lo como:

- Mantendo acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão adscritas à equipe, verificando frequência de acompanhamento;
- Criar um fluxo para propiciar o constante monitoramento de pressão arterial (PA) dos usuários na USF com

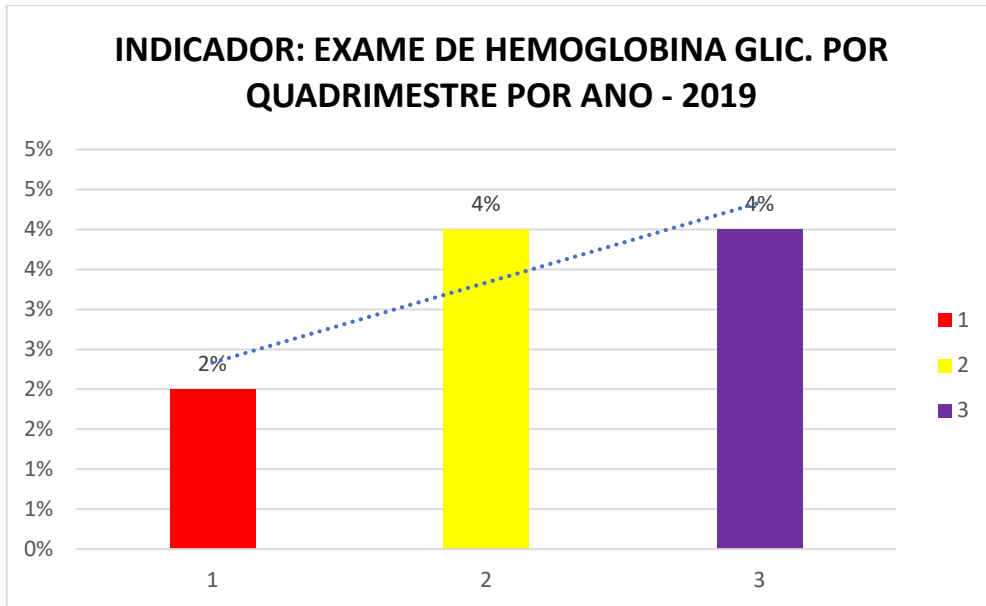
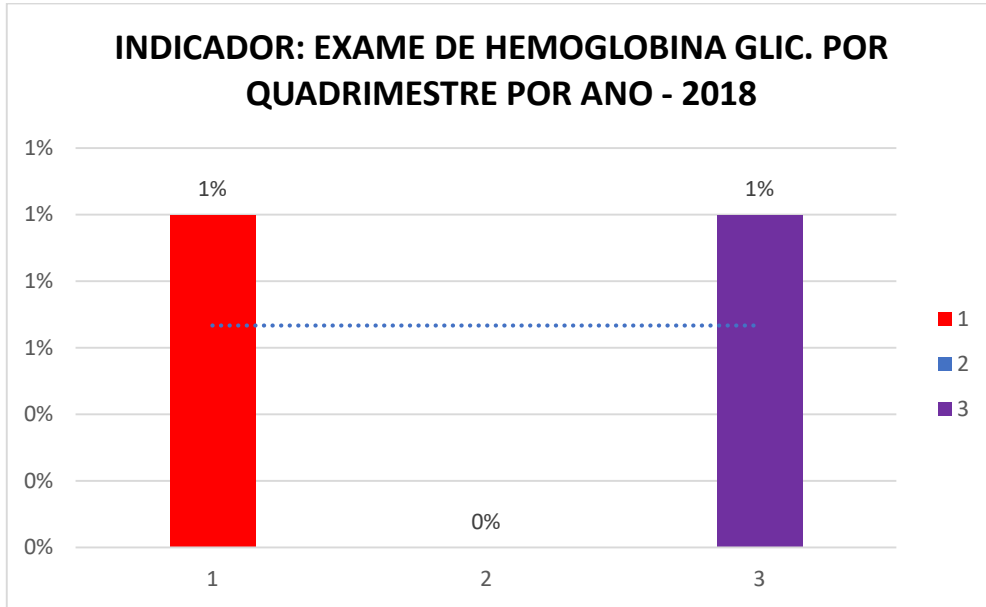


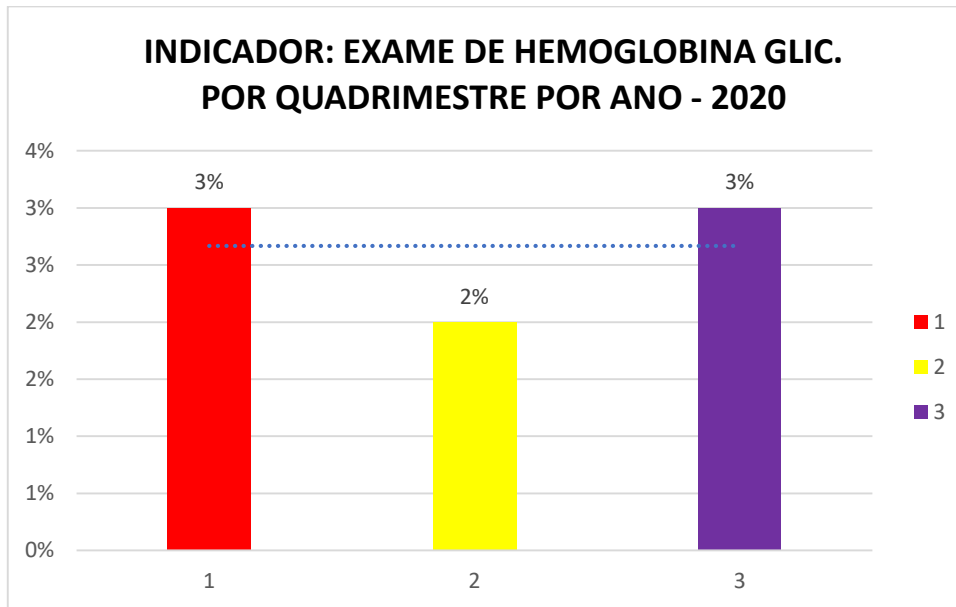
a finalidade de que pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) tenham o hábito de monitorar a sua PA; • O agendamento das consultas de acompanhamento deve ser feito não só para o médico, mas também para o enfermeiro da equipe. Ambos podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento); • Orientar o cidadão com hipertensão sobre a importância das consultas de acompanhamento e a verificação da PA no serviço, mesmo que esta não esteja descompensada; • Flexibilizar agenda sem realizar reserva de período para esse público, possibilitando a consulta no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença

#### **4.1.7 - Hemoglobina Glicada**

O diabetes mellitus é um transtorno metabólico de alta prevalência na população brasileira. Ele compõe um dos fatores de risco cardiovascular e sua importância vem aumentando devido às complicações agudas e crônicas. Por ser uma condição sensível à Atenção Primária à Saúde, o bom manejo dessa doença contribui para a diminuição das complicações e morte. A mensuração de hemoglobina glicada é o exame padronizado mais adequado para o acompanhamento de longo prazo desse problema de saúde.

Figura 7 - Exame de Hemoglobina





Fonte: Datasus/Tabnet (2021)

Nos gráficos acima descreve a situação dos indicadores comparando os seguintes anos: 2018, 2019 e 2020. Em que apresenta valores muito abaixo do preconizado em todos os anos. Tendo em vista que o diabetes mellitus é um transtorno metabólico de alta prevalência na população brasileira. Ele compõe um dos fatores de risco cardiovascular e sua importância vem aumentando devido às complicações agudas e crônicas. Por ser uma condição sensível à Atenção Primária à Saúde, o bom manejo dessa doença contribui para a diminuição das complicações e morte. A mensuração de hemoglobina glicada é o exame padronizado mais adequado para o acompanhamento de longo prazo desse problema de saúde.

#### 4.2 - 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 06 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 07 (sete) Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF's), desses 01(uma) unidade Núcleo de Estratégia de Saúde da Família (NESF) que compartilham duas equipes sendo: (Equipe Moura e Equipe Salvador).

São 07 Equipes que proporcionam uma cobertura de 100% da população atendida pela Atenção Básica em 2021.

- NESF (Equipe Moura)
- NESF (Equipe Salvador)
- ESF Centro
- ESF Dalvo Loureiro;
- ESF Córrego Alegre;
- ESF Chumbado;
- ESF Juncado;
- ESF Juerana B (em implantação).

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

*Tabela 2 - Atenção Básica*

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>QTD</b>
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

<b>TOTAL</b>	<b>98</b>
--------------	-----------

Fonte: SEMUS (2021).

### **4.3 Atenção Especializada / Serviço de Referência**

O Município de Sooretama vem ao longo dos anos ampliando seus serviços de saúde; desta maneira, tomando como pressuposto preliminar, a partir do 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.

### **4.3.1 Núcleo de Atenção e Promoção a Saúde (NAPS)**

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, com Assistência ao Pré-natal de Alto Risco, IST/AIDS, Saúde Mental, Tabagismo, Hipertensão.

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

Quanto ao controle e a dispensação dos medicamentos do Programa DST/AIDS, Hanseníase, Tuberculose e Tabagismo, são realizados pelo Farmacêutico responsável por essa demanda. Já o agendamento das consultas para as especialidades do NAPS, ocorrem por meio da Central de Regulação Municipal.

## **4.4 Estrutura de Apoio Logístico**

### **4.4.1 Regulação**

Conforme Política Nacional de Regulação do SUS – PORTARIA GM/MS 1559/2008, estabelece três dimensões de atuação: Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção da Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

Tomando essas dimensões como priorização, a Regulação Municipal está passando por transformação conforme solicitação da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo através do novo modelo de Regulação do Acesso à Assistência, chamada **Regulação Formativa Territorial**, em que terá por objetivos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS

estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica.

O modelo atual de Regulação do fluxo de acesso, apresenta vários “gargalos” como: demora no agendamento e consulta, impressos mal preenchidos pela unidade solicitante ocasionando retorno do paciente várias vezes na regulação/unidade, devido dificuldade do acesso, etc. As consultas, exames e cirurgias são agendados através do SISREG – Sistema de Centrais de Regulação que permitia o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional este Sistema não está sendo mais utilizada.

O novo modelo de Regulação Formativa Territorial como sendo uma metodologia onde o profissional regulador incorpora a competência de educação permanente e de assistente de referência, operacionalizando os componentes de acesso assistencial de cuidado longitudinal e de formação profissional, garantidos pela definição de referência territorial especializada uniprofissional a cada grupo de equipes de saúde da família, de modo que a demanda clínica referida ao profissional regulador seja traduzida em demanda pedagógica estruturada em plano de formação com foco no desenvolvimento de competências clínicas ampliadas nos profissionais da atenção primária. O novo Sistema (MV) vem proporcionar melhor qualidade no atendimento, autonomia e resolutividade da atenção primária, pois o fluxo é muito mais rápido e humanizado, onde a própria unidade de saúde através do profissional médico solicita encaminhamento ao especialista para atenção especializada pelo sistema (MV) e havendo interação entre ambos facilitando o agendamento direto e ou a conduta a ser realizada pelo profissional da unidade e garantindo assertividade na conduta.

#### **4.4.2 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 21 (vinte e um) 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.

#### 4.4.3 Condição de Transporte do Paciente

- Limite o transporte ao estritamente necessário.
- Notificar o setor que irá receber o paciente e também o serviço de transporte interno que o paciente está em precaução.
- **Pequena gravidade:** O transporte sanitário será de responsabilidade do município nas localidades atendidas pelo serviço ou regiões não atendidas pelo SAMU.
- Na **gravidade** será transportado pelo SAMU ou serviço móvel de urgência de empresa terceirizada.



- Durante o transporte o paciente deve utilizar a máscara cirúrgica.
- Caso o paciente esteja impossibilitado de usar máscara cirúrgica (IOT/máscara Venturi), o profissional deverá utilizar máscara N95 durante o transporte.
- O município dispõe dos seguintes automóveis para atuação na Saúde:

ITEM	TIPO DE VEÍCULO	QUANTIDADE	FUNÇÃO
1	UTI - MÓVEL	01	P.A
2	SEMI - UTI	01	P.A
3	DOBLÔ	02	P.A
4	VAN – RENALT MASTER	02	P.A
5	VAN	01	P.A

ITEM	MOTORISTAS	REGIME DE TRABALHO
1	12	PLANTONISTAS (12/36HS)
2	03	DIARISTAS (7:00 HS – 17:00HS)

#### 4.4.3 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.

##### **4.5.1 Atenção às Urgências e Emergências – COVID.19**

Recentemente foram anunciados os nomes oficiais para o vírus responsável pelo COVID-19 (anteriormente conhecido como “2019 novo coronavírus) e pela doença que ele causa. Os nomes oficiais são: Doença: doença de coronavírus (COVID-19), causadora da síndrome respiratória aguda grave coronavírus (SARS-CoV-2). Vírus: Da família coronaviridae, o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa. Trata-se de RNA vírus da ordem Nidovirales da família Coronaviridae.

Os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 são da subfamília Betacoronavírus que infectam somente mamíferos; são altamente patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória e gastrointestinal. Além desses três, há outros quatro tipos de coronavírus que podem induzir doença no trato respiratório superior e, eventualmente inferior, em pacientes

imunodeprimidos, bem como afetar especialmente crianças, pacientes com comorbidades, jovens e idosos. Todos os coronavírus que afetam humanos tem origem animal.

O coronavírus foi isolado pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa conforme proposto por Tyrrell como um novo gênero de vírus.

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre elas, como aconteceu com o MERS-CoV e SARS-CoV. No início, muitos dos pacientes com surtos de doenças respiratórias causados por COVID-19 em

Wuhan, na China, tinham alguma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo que a disseminação ocorreu de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando também a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa. As autoridades chinesas relatam que a disseminação sustentada de pessoa para pessoa está ocorrendo na China.

Casos de transmissão pessoa-pessoa já foi relatado em outros países, como Estados Unidos, Alemanha, Itália, Japão e Vietnã.

A transmissão em instituições de saúde, como hospitais, também pode ocorrer, já tendo sido relatados casos na China e França. Quando da disseminação de pessoa para pessoa que ocorreu com MERS-CoV e SARS-CoV, acredita-se que tenha ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, semelhante à maneira como a influenza e outros patógenos respiratórios se espalham. Tendo sido identificado também transmissão por aerossóis em pacientes submetidos a procedimentos de vias aéreas, como a intubação oro traqueal ou aspiração de vias aéreas.

Na população, a disseminação de MERS-CoV e SARS-CoV entre pessoas geralmente ocorre após contatos próximos, sendo particularmente vulneráveis os profissionais de saúde que prestam assistência a esses pacientes. Nos surtos anteriores de SARS e MERS os profissionais de saúde representaram uma parcela expressiva do número de casos, tendo contribuído para amplificação das epidemias.

É importante esclarecer para melhor entendimento quanto ao risco associado ao COVID-19, que a facilidade com que um vírus se espalha de pessoa para pessoa pode variar. Alguns vírus são altamente transmissíveis (como sarampo), enquanto outros são menos transmissíveis.

#### *4.5.1.1 - Manifestação Clínica*

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. No entanto, neste novo coronavírus não está estabelecido completamente o espectro, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença.

Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. O paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar, perda de olfato e paladar.

#### *4.5.1.2 – Liberação de EPI:*

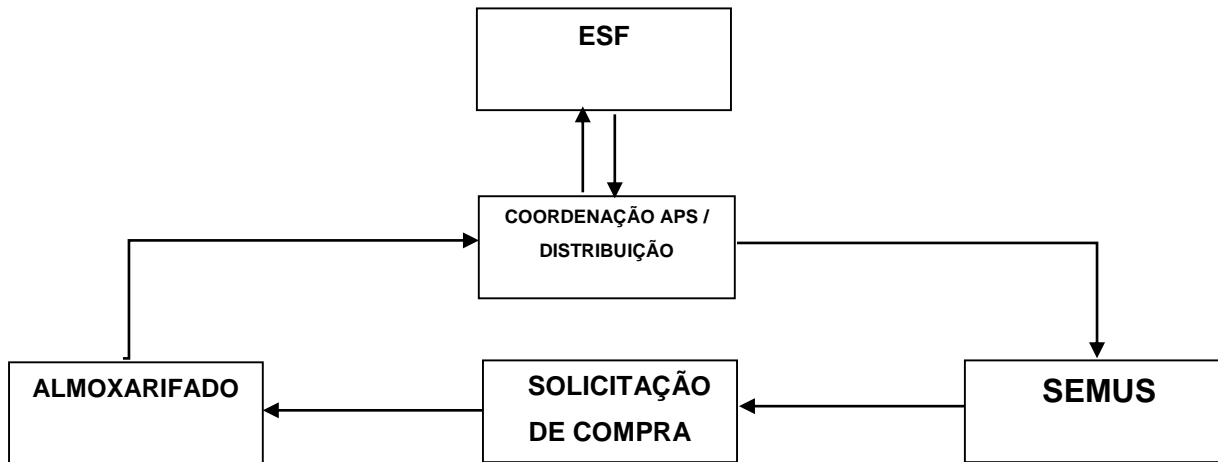
##### 1. Responsabilidade da Empresa:

- Fornecer os EPI, gratuitamente, aos trabalhadores de acordo com os riscos a que estão expostos;
- Orientar e treinar os trabalhadores sobre o uso adequado, guarda e conservação;
- Substituir imediatamente, quando danificado ou extraviado;
- Responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica.

##### 2. Compete aos trabalhadores em relação ao EPI:

- Usar, utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina;
- Responsabilizar-se pela guarda e conservação;
- Comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio, como por exemplo, o uso de máscaras molhadas ou amassadas.

## FLUXO DE COMPRA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL DE EPI'S



FONTE: APS - 2020

### 4.5.2 Cuidados com o paciente

- Identificar e isolar precocemente pacientes suspeitos (precaução padrão, por contato e gotículas).
- Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.
- Realizar higiene de mãos, respeitando os 5 momentos de higienização (consultar tópico – Informações detalhadas).
- Imediatamente antes da entrada no quarto, devem ser disponibilizadas condições para a higienização das mãos: dispensador de preparação alcoólica; lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido; suporte para papel toalha abastecido; lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- Limitar a movimentação do paciente para fora da área de isolamento. Se necessário o deslocamento, manter máscara cirúrgica no paciente durante todo o transporte.
- Qualquer pessoa que entrar no quarto de isolamento, ou entrar em contato com o caso suspeito, deve utilizar EPI (preferencial máscara n95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização;

eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental).

- Nos casos em que forem necessários acompanhantes, orientar quanto à importância da higienização das mãos.
- A provisão de todos os insumos como sabão líquido, álcool gel, EPI devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente.

#### **4.5.3 Medidas de isolamento**

- O paciente deve ser mantido em isolamento respiratório para gotículas em quarto privativo.
- O quarto deve ter a entrada sinalizada com um alerta referindo para doença respiratória (gotículas), a fim de limitar a entrada de pacientes, visitantes e profissionais que estejam trabalhando em outros locais do hospital.
- O acesso deve ser restrito aos trabalhadores da saúde envolvidos no atendimento do indivíduo no serviço de saúde.

#### **4.5.4 Medidas de Biossegurança para profissionais de saúde:**

A implementação de medidas de biossegurança devem ser adotadas para garantir a prevenção, minimização ou eliminação de riscos aos quais os trabalhadores estão expostos; neste sentido, considerando que não existe vacina para evitar a infecção pelo Coronavírus (COVID-19), a melhor maneira de prevenir a propagação de vírus respiratórios é adotando medidas diárias, como a higienização das mãos, isolamento e outras precauções padrão já descritas anteriormente, sendo estas as principais medidas de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e que devem ser adotadas no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base.

As medidas de biossegurança devem contemplar, além de pacientes e visitantes, todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente, equipe de suporte que entre no quarto ou consultório como profissionais de limpeza e nutrição,

profissionais de laboratórios, profissionais de saúde que executam o procedimento de verificação de óbito em casos de síndromes respiratórias, entre outros.

Mapear os locais e atividades com maiores exposições aos riscos e promover a orientação destes profissionais, são as primeiras medidas a serem adotadas.

Além disso, em conformidade com a nota técnica 19/2020, os profissionais da Atenção Primária seguirão os seguintes procedimentos:

#### **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:

*Tabela 3 - Recursos per capita*

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

Fonte: IBGE (2010)

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 é constituída das demais vigilâncias: Vigilância Epidemiológica / (Imunização), Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância do Trabalhador. A gestão da Vigilância em Saúde Compreende ações de gestão da vigilância em saúde, incluindo análise da situação de saúde; planejamento, programação, acompanhamento/monitoramento, avaliação, regulamentação, gerência de unidades prestadoras de serviços; apoio técnico e administrativo, logística de transportes, gestão de materiais e estoques; gestão financeira; gestão de sistemas de informação, inclusive as atividades de alimentação das bases de dados oficiais; capacitação e demais ações administrativas e gerenciais.



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.

Figura 8 - Relação de Quantitativo de profissionais na Vigilância Ambiental

CARGO	FUNÇÃO	OBS:
ACE	DIRETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
ACE	COO.VIGILÂNCIA AMBIENTAL	
ACE	AGENTE DE CAMPO	LICENÇA
ACE	EXAMINADOR DE LARVAS	
MEDICO VETERINARIO	MEDICO VETERINARIO	LICENÇA
AUX.DE SERVIÇOS GERAIS	AUX.DE SERVIÇOS GERAIS	
AGENTE DE SERVIÇO BRAÇAL	AGENTE DE CAMPO	
AUX.TEC.ADMINISTRATIVO	AUX.TEC.ADMINISTRATIVO	
AG.DE VIGILÂNCIA SANITARIA	COO.VIGILÂNCIA SANITARIA	
FISCAL SANITARIO	FISCAL SANITARIO	
CHEFE DE DIVISÃO V.A	CHEFE DE DIVISÃO V.A	INSS
ACE	AGENTE DE CAMPO	
ACE	AGENTE DE CAMPO	
ACE	AGENTE DE CAMPO	
ACE	AGENTE DE CAMPO	
ACE	AGENTE DE CAMPO	
ACE	AGENTE DE CAMPO	
ACE	AGENTE DE CAMPO	
ACE	AGENTE DE CAMPO	
ACE	AGENTE DE CAMPO	
ACE	AGENTE DE CAMPO	
ACE	AGENTE DE CAMPO	
TECNICO DE ENFERMAGEM	COO.VIGILÂNCIA EPDEMIOLÓGICA	
ENFERMEIRA	COO.IMUNIZAÇÃO	
TECNICO DE ENFERMAGEM	TECNICO DE ENFERMAGEM	
ACE	SURPervisor DE CAMPO	FUNASA
ACE	AGENTE DE CAMPO	FUNASA
ASG.BANHERISTA DIURNO	ASG.BANHERISTA DIURNO	TERCERIZADO

Fonte: SEMUS (2021)

A descentralização das ações das vigilâncias de forma articulada com as ações da atenção à saúde pode contribuir, de modo significativo, no desenvolvimento de uma abordagem integral dos problemas de saúde, na medida em que a organização dessas ações ocorra de forma integrada com as práticas assistenciais.

#### 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 – 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 4 - Coberturas Vacinais do Calendário Nacional de Vacinação 2018 a 2021.*

<b>Imuno</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
BCG	20	49	34	11
Meningococo C	254	858	74	7
Hepatite B - D1	1.115	2.248	425	265
Hepatite B - D2	846	1.656	347	227
Oral Rotavírus Humano (VORH) - D1	457	509	172	161
Oral Rotavírus Humano (VORH) - D2	427	489	204	140
080 Rotavirus Pentavalente	477	379	207	186
Pneumocócica 10 Valente - D1	457	522	189	174
Pneumocócica 10 Valente - D2	467	492	214	156
Poliomielite Inativada - D1 - vip	21	119	179	185
Poliomielite Inativada - D2 - vip	23	131	205	162
Oral Poliomelite - VOP - D1	7	3	25	28
Oral Poliomelite - VOP - D2	9	2	11	31
Febre Amarela - D1	-	-	191	266
Febre Amarela - D2	-	-	-	-
Hepatite A - D1	622	499	145	183
Hepatite A - D2	41	33	-	-
Meningocócica Conjugada - C (MncC) - D1	430	523	198	167
Meningocócica Conjugada - C (MncC) - D2	443	480	206	161
Pneumocócica 10 valente - D1	457	522	190	178

Pneumocócica 10 valente - D2	467	492	214	160
Tríplice Viral D1	859	2.178	1.285	282
Tríplice Viral D2	586	1.114	754	209
Tetra Viral(SRC+VZ)	570	1.026	-	6
Tríplice Bacteriana-DTP - D1	15	53	33	71
Tríplice Bacteriana-DTP - D2	21	10	28	41
Dupla adulto - D1	667	1206	353	161
Dupla adulto - D2	295	608	220	158
Pentavalente (DTP+HB+Hib) (PENTA) - D1	477	379	208	121
Pentavalente (DTP+HB+Hib) (PENTA) - D2	458	371	234	167
dTpa gestante - D1	121	172	50	58
dTpa gestante - D2	43	56	18	21
067 HPV Quadrivalente D1 9 anos - Feminino	196	216	54	49
068 HPV Quadrivalente D2 9 anos - Feminino	62	109	44	24
062 HPV Quadrivalente D1 10 anos - Feminino	37	43	3	9
063 HPV Quadrivalente D2 10 anos - Feminino	69	113	27	23
064 HPV Quadrivalente D1 11 anos - Feminino	11	84	14	8
065 HPV Quadrivalente D2 11 anos - Feminino	41	61	19	2
066 HPV Quadrivalente D1 12 anos - Feminino	22	23	1	1
069 HPV Quadrivalente D2 12 anos - Feminino	24	53	6	5
070 HPV Quadrivalente D1 13 anos - Feminino	10	14	0	1
071 HPV Quadrivalente D2 13 anos - Feminino	12	29	5	4
108 HPV Quadrivalente D1 9 anos - Masculino	0	0	0	0
109 HPV Quadrivalente D2 9 anos - Masculino	0	0	0	0
110 HPV Quadrivalente D1 10 anos – Masculino	0	0	0	0
111 HPV Quadrivalente D2 10 anos – Masculino	0	0	0	0
081 HPV Quadrivalente D1 11 anos – Masculino	178	158	60	60
082 HPV Quadrivalente D2 11 anos – Masculino	44	71	29	23
083 HPV Quadrivalente D1 12 anos – Masculino	63	58	9	6
084 HPV Quadrivalente D2 12 anos – Masculino	89	98	33	23

085 HPV Quadrivalente D1 13 anos – Masculino	54	39	1	6
086 HPV Quadrivalente D2 13 anos – Masculino	71	55	9	2
104 HPV Quadrivalente D1 - Total - Feminino	276	380	72	68
105 HPV Quadrivalente D2 - Total - Feminino	208	365	101	58
106 HPV Quadrivalente D1 - Total - Masculino	295	255	70	72
107 HPV Quadrivalente D2 - Total - Masculino	204	224	71	48

Fonte: Tabnet (SIPNI, 2021)

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.

Desta maneira, em 31 de dezembro de 2020 fora feito o plano de contingência contra a COVID – 19, e em Janeiro de 2021, iniciou-se a vacinação contra a referida doença, que até o presente momento, neste primeiro semestre de 2021, segue num ritmo muito bom, veja:

**Tabela 2- Vacina contra a COVID - 19**

Região	Laboratório	Doses Aplicadas
--------	-------------	-----------------

SOORETAMA - ES	BUTANTAN/SINOVAC	5.141
SOORETAMA - ES	FIOCRUZ/ASTRAZENECA	5.509
SOORETAMA - ES	JANSSEN	868
SOORETAMA - ES	PFIZER/BIONTECH	2.176

Fonte: Tabnet (SIPNI, 2021)

Assim, o sistema de imunização segue progredindo, contando com uma equipe bastante comprometida com as suas respectivas atribuições funcionais oferecendo para os usuários, um serviço de qualidade.

#### 4.7.3 - 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 em Saúde do Trabalhador

A Constituição de 1988 confere ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade da atenção integral à saúde dos trabalhadores, com ações em Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Programa de Saúde do Trabalhador.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (8.080) fundamentou o Programa de Saúde do Trabalhador no país. Em 2002 criou-se a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) para que os gestores pudessem aderir e contribuir com o programa. Em 2013, por meio da Portaria Federal Nº 1.378, a responsabilidade passou a ser do município, que deveria estruturar uma equipe qualificada para atuar como Autoridades Sanitárias e atender as demandas do Programa de Saúde do Trabalhador.

## **4.8 - Atenção a Populações Específicas**

### **4.8.1 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 - Atenção ao Pré-Natal

Tabela 5 - Consultas de Pré-Natal, Estado (E) e Sooretama (M), 2018 a 2021

Pré natal	2018				2019			
	E	M	%		E	M	%	
			E	M			E	M
De 1 a 3 consultas	003423	000028	1725,5	0,00818	002947	000028	1487,5	0,00950119
De 4 a 6 consultas	012807	000105	6456	0,0081986	011797	000065	5931	0,00550988
7 ou + consultas	039547	000308	19927,5	0,0077882	039640	000350	19995	0,00882947
Ignorado	000118	000000	59	0	000045	000000	22,5	0
<b>TOTAL</b>	<b>055895</b>	<b>000441</b>	<b>28168</b>	<b>0,0241668</b>	<b>054429</b>	<b>000443</b>	<b>27436</b>	<b>0,02384053</b>

Pré natal	2020				2021			
	E	M	%		E	M	%	
			E	M			E	M
De 1 a 3 consultas	003329	000022	1675,5	0,0066086	001613	000015	814	0,00929944
De 4 a 6 consultas	011717	000097	5907	0,0082786	005677	000040	2858,5	0,00704597
7 ou + consultas	038069	000328	19198,5	0,0086159	018869	000146	9507,5	0,00773756
Ignorado	000062	000000	31	0	000017	000000	8,5	0
<b>TOTAL</b>	<b>053177</b>	<b>000447</b>	<b>26812</b>	<b>0,0235031</b>	<b>026176</b>	<b>000201</b>	<b>13189</b>	<b>0,02408298</b>

Pré natal	2018 a 2021			
	E	M	%	
			E	M
De 1 a 3 consultas	011312	000093	5702,5	0,0082214
De 4 a 6 consultas	041998	000307	21152,5	0,0073099
7 ou + consultas	136125	001132	68628,5	0,0083159
Ignorado	000242	000000	121	0
<b>TOTAL</b>	<b>189677</b>	<b>001532</b>	<b>95604,5</b>	<b>0,0238471</b>

Fonte: Datusus (2021)

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 2018 a 2021, a média de nascidos vivos residentes no Estado do Espírito Santo foi de 189677. Em 2020, o menor total de nascidos vivos: 053177. Em 2018, o maior: 55895. No mesmo período, em Sooretama, os profissionais de saúde cuidaram da gestação de 1532 crianças, em média. Em 2018, o menor total de nascidos vivos: 441. Em 2020, o maior: 447. Observando a Tabela, nota-se que a gestão e os profissionais de saúde de Sooretama são responsáveis.

*Tabela 6 - Nascidos Vivos por Ano do Nascimento segundo Peso ao nascer, Estado (E) e Sooretama (M), 2018 a 2021*

Peso ao nascer	2018				2019				2020				2021			
	E	M	%		E	M	%		E	M	%		E	M	%	
			E	M			E	M			E	M			E	M
Menos de 500g	52	1	26,5	0,01923077	66	2	34	0,0303	74	0	37	0	24	0	12	0
500 a 999g	280	5	142,5	0,01785714	250	3	126,5	0,012	249	2	125,5	0,008032	141	0	70,5	0
1000 a 1499 g	478	5	241,5	0,01046025	386	1	193,5	0,00259	432	3	217,5	0,006944	219	2	110,5	0,0091
1500 a 2499 g	3.918	36	1977	0,00918836	3671	25	1848	0,00681	3528	19	1774	0,005385	1792	15	903,5	0,0084
2500 a 2999 g	11.319	73	5696	0,00644933	11.350	97	5723,5	0,00855	10.659	86	5373	0,008068	5500	48	2774	0,0087
3000 a 3999 g	37.134	297	18716	0,00799806	35.900	291	18096	0,00811	35.280	304	17792	0,008617	17.142	114	8628	0,0067
4000g e mais	3.541	24	1782,5	0,00677775	3.310	25	1667,5	0,00755	3.538	36	1787	0,010175	1660	22	841	0,0133
TOTAL	56722	441	28582	0,07796166	54933	444	27689	0,07591	53760	450	27105	0,047222	26478	201	13340	0,0461

Fonte: Datasus (2021)

Analisando a variável peso ao nascer, no período de 2018 a 2021, 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); continuou a chamar a atenção, prevalecendo a frente dos demais índices.

Tabela 7 - Nascidos Vivos por Ano do Nascimento segundo Idade da Mãe, Estado (E) e Sooretama (M), 2018 a 2021.

Idade da Mãe	2018		2019		2020		2021		2018 a 2021	
	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E
10 a 14 anos	5	345	5	281	3	308	0	181	13	1115
15 a 19 anos	75	7.431	79	6.986	77	6.519	41	3.211	272	24147
20 a 24 anos	122	12.968	122	12.427	120	12.094	56	6.092	420	43581
25 a 30 anos	102	13.370	103	12.898	132	12.945	42	6.364	379	45577
31 a 34 anos	76	12.993	69	12.672	74	12.193	30	5.803	249	43661
35 a 40 anos	53	7.826	53	7.740	33	7.677	24	3.770	163	27013
41 a 44 anos	6	1711	10	1832	11	1896	8	1019	35	6458
45 a 49 anos	2	73	3	94	0	127	0	37	5	331
50 ou mais	0	6	0	4	0	3	0	2	0	15
<b>Total</b>	<b>441</b>	<b>56723</b>	<b>444</b>	<b>54934</b>	<b>450</b>	<b>53762</b>	<b>201</b>	<b>26479</b>		

Fonte: Datasus (2021)

Idade da Mãe	Média - 2018 a 2021	
	M	E
10 a 14 anos	5,2	371,6667
15 a 19 anos	108,8	8049
20 a 24 anos	168	14527
25 a 30 anos	151,6	15192,33
31 a 34 anos	99,6	14553,67
35 a 40 anos	65,2	9004,333
41 a 44 anos	14	2152,667
45 a 49 anos	2	110,3333
50 ou mais	0	5
<b>Total</b>	<b>614,4</b>	<b>63966</b>

Fonte: Datasus (2021)

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.

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 37%; em Sooretama, 11%.

*Tabela 8 - Nascidos Vivos por Ano do Nascimento segundo Instrução da Mãe, Estado (E) e Sooretama (M), 2017 a 2021*

Instrução da Mãe	2017		2018		2019		2020		2021 (1º sem)	
	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E
<b>Sem escolaridade</b>	5	106	1	96	1	58	2	63	1	39
<b>Até 3 série 1 grau</b>	11	640	11	603	8	588	7	488	4	255
<b>De 4 a 7 série</b>	93	9.414	94	8619	94	7866	88	7375	34	3417
<b>1 grau completo</b>	311	33700	281	34835	273	34.018	296	33.451	150	16.876
<b>2 grau completo</b>	54	11.793	53	12511	68	12355	57	12331	12	5823
<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>55653</b>	<b>440</b>	<b>56664</b>	<b>444</b>	<b>54885</b>	<b>450</b>	<b>53708</b>	<b>201</b>	<b>26410</b>

Instrução da Mãe	2017 a 2021					
	M	E	M	E	M	E
<b>Sem escolaridade</b>	10	362	2	72,4	20,0%	20,0%
<b>Até 3 série 1 grau</b>	41	2574	8,2	514,8	20,0%	20,0%
<b>De 4 a 7 série</b>	403	36691	80,6	7338,2	20,0%	20,0%
<b>1 grau completo</b>	1311	152880	262,2	30576	20,0%	20,0%
<b>2 grau completo</b>	244	54813	48,8	10962,6	20,0%	20,0%

Fonte: Datasus (2021)

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. 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 20%, enquanto que para o Município de Sooretama, é de 20%, sendo a mesma média.

*Tabela 9 - 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
<b>Nenhum</b>	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
<b>1 a 3</b>	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
<b>4 a 6</b>	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
<b>7 e+</b>	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
<b>Ignorado</b>	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
<b>TOTAL</b>	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: Datasus (2021)

\*Não houve atualização no portal;

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%.

Tabela 10 - Nascidos Vivos por Ano do Nascimento segundo Filhos Nasc. Vivos, Estado (E) e Sooretama (M), 2017 a 2021

Filhos Nasc. Vivos	2017		2018		2019	
	M	E	M	E	M	E
Vaginal	188	21.377	196	21.851	188	21.971
Cesário	286	34.457	245	34.848	256	32960
Outro/Fórcps	0	0	0	0	0	0
Ignorado	0	14	0	24	0	3
<b>Total</b>	<b>474</b>	<b>55848</b>	<b>441</b>	<b>56723</b>	<b>444</b>	<b>54934</b>

Filhos Nasc. Vivos	2020		2021 (1º Sem)	
	M	E	M	E
Vaginal	198	21.394	85	10.687
Cesário	252	32355	116	15771
Outro/Fórcps	0	0	0	0
Ignorado	0	13	0	21
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>53762</b>	<b>201</b>	<b>26479</b>

Filhos Nasc. Vivos	2017 a 2021					
	M	E	M	E	M	E
Vaginal	855	97280	171	19456	20,0%	20,0%
Cesário	1155	150391	231	30078,2	20,0%	20,0%
Outro/Fórcps	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
Ignorado	0	75	0	15	#DIV/0!	20,0%

Fonte: DataSus (SINAC, 2021)

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 20%; em Sooretama, 20%; isto é, igualando-se à média estadual.

## 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.

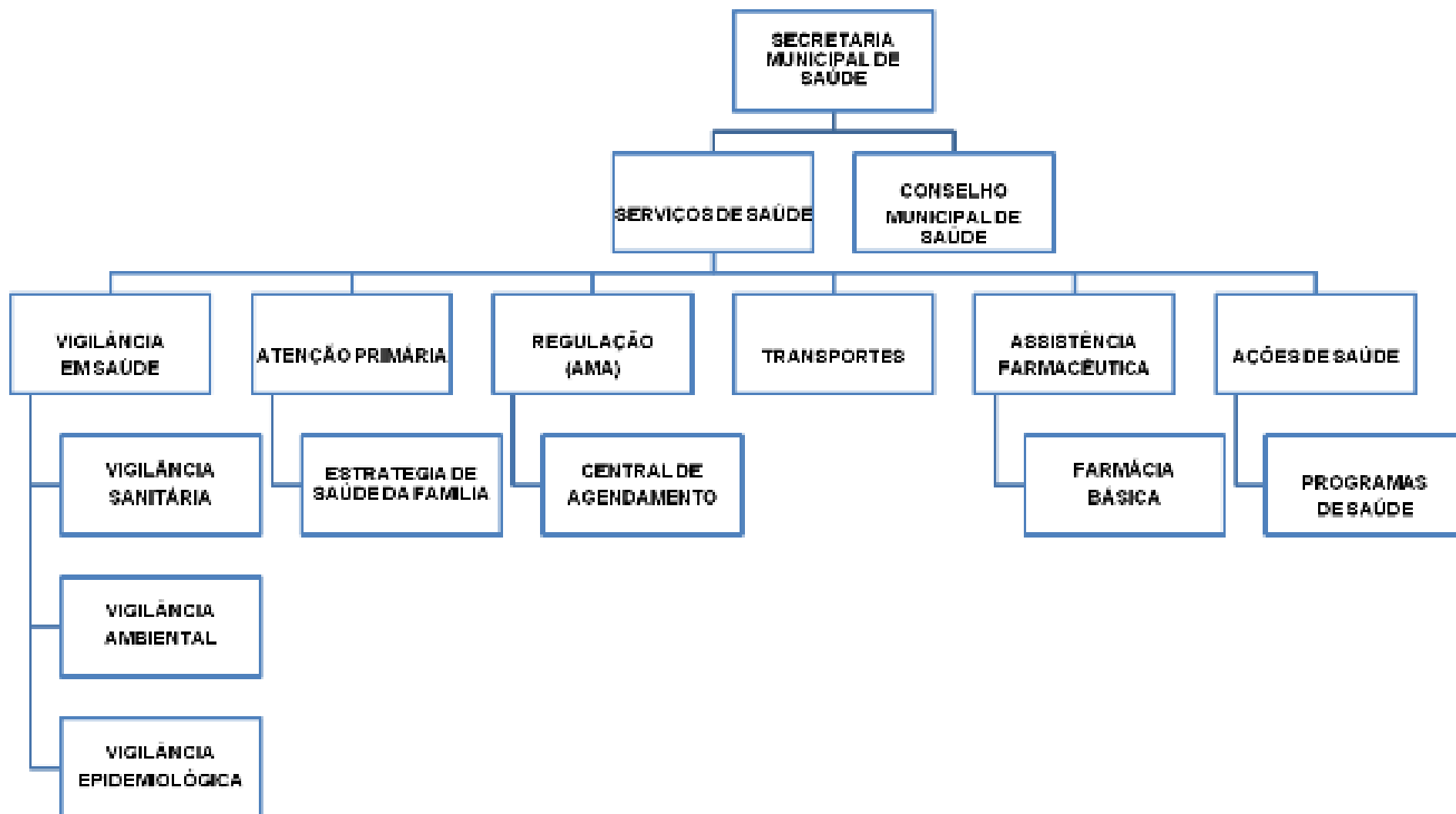
O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura.

## **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 2022 / 2025

Os compromissos ora assumidos para o período 2022/2025 visam responder problemas de saúde elencados 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 Nº 1 - Organizar A Assistência À Saúde Da População, Com Ênfase Nas Redes Temáticas De Atenção À Saúde E Vigilância Em Saúde.**

**OBJETIVO Nº 1.1 - Organizar e Qualificar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) garantindo o acesso em tempo e local oportuno em todas as linhas de cuidado.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
1.1.1	Adequar 100% sala de emergência do Pronto Atendimento / COVID, com seguintes equipamentos: (respiradores), visando à saúde do paciente;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	100	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100

1.1.2	2. Implantar 100% a Classificação de Risco no Pronto de Atendimento, visando melhor atendimento qualificado e humanizado;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	10	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.1.3	3. Realizar (Educação Permanente) periódica em 100% os profissionais do Pronto Atendimento quanto a Urgência e Emergência, visando a Classificação de Risco sendo	Cobertura populacional estimada pela ESF.	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.1.4	4. Construir de forma gradativa Novo Pronto Atendimento em Sooretama de forma a manter o funcionamento 24 hs.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	1	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.1.5	5. Ampliar as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência em todos os serviços de saúde da rede municipal	Promover melhoria do acesso e da qualidade a estrutura de saúde.	50	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100

1.1.6	6. Garantir e manter manutenção do Pronto Atendimento atual, mantendo os recursos humanos, insumos e estruturas físicas vigentes.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.1.7	7. Garantir manutenção dos veículos da frota de ambulância do Pronto Atendimento e manter quantitativo igual ou maior que 07 (sete).	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.1.8	8. Colaborar para a implementação das ações propostas pelos Planos Estadual e Regional da Rede de Urgência e Emergência;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.1.9	9.Reformar e/ou ampliar 01 (um) , o Pronto Atendimento (Atual), transformando-o em uma nova Unidade de Saúde ESF do Centro (II);	Promover melhoria do acesso e da qualidade da estrutura de saúde.	-	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

1.1.10	10. Nomear uma Referência Técnica Municipal para a Rede de Urgência e Emergência;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Número	1	Percentual	1	-	-	-
1.1.11	11. Implementar a realização dos atendimentos de urgência que dizem respeito à Atenção Primária em Saúde segundo descrito no Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	80	85	90	100
1.1.12	Adequar a Equipe de Curativo Domiciliar municipal para a adequação da implantação de Serviço de Atenção Domiciliar no SUS (Melhor em Casa), segundo a Portaria MS nº 825, de 25/04/2016 (Esta meta diz respeito aos municípios com mais de 20.000 habitantes).	Cobertura populacional estimada pela ESF.	80	2021	Número	100	Número	80	85	90	100

**OBJETIVO Nº 1.2** - Organizar e Qualificar a Rede Atenção Psicossocial (RAPS) garantindo o acolhimento, acompanhamento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
1.2.1	1. Manter 100% dos pacientes com transtornos mentais assistidos no programa;	Promover ações em Saúde Mental.	20%	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.2.2	2. Implantar (01) CAPS 1 até 2025;	Promover ações em Saúde Mental.	1	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.2.3	3. Instituir Grupo condutor da RAPS, até 2022;	Promover ações em Saúde Mental.	1	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.2.4	5 Manter 100% dos pacientes em transtornos mentais;	Promover ações em Saúde Mental.	1	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.2.5	5. Capacitar através de Educação Continuada, equipe multidisciplinar para acolhimento, quanto ao paciente em surto psicótico	Promover ações em Saúde Mental.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100

**OBJETIVO Nº 1.3** - Implantar, Organizar e Qualificar a Rede de Atenção à saúde Materna e Infantil – (Rede Cegonha) garantindo o fluxo adequado para o atendimento ao planejamento sexual, reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeira infância.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
1.3.1	1. Implantar grupo condutor para RAMI até 2022;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	1	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.3.2	2. Realizar Educação continuada em 100% da equipe multidisciplinar, para o atendimento do RAMI, sendo: até 2025;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	5	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100



1.3.3	3. Implantar Comitê de Mortalidade Materna infantil no município, para realização da vigilância em 100% dos óbitos maternos infantis e fetais até 2023;	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
1.3.4	4. Garantir 100% do acolhimento no pré-natal, com classificação de risco;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	80	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
1.3.5	5. Manter 100% das gestantes com início de pré-natal até a 12ª semana de gestação, garantindo o acompanhamento de pré-natal adequado;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	20	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
1.3.6	6. Garantir 100% do teste rápido no pré-natal, (Sífilis, HIV, VDRL e HBSAG);	Cobertura populacional estimada pela ESF.	5	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100

1.3.7	7. Redução do índice de Sífilis Congênita em 100%.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	100	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
1.3.8	8. Garantir transporte adequado e seguro a gestante, para a visitação à maternidade de referência para risco habitual de forma humanizada e acolhedora, sendo: até 2025;	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	18	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
1.3.9	9. Aumentar para 60% o percentual de parto, por meio do monitoramento e humanização do atendimento pré-natal	Proporção de parto normal no SUS e saúde sup.	45	2021	Percentual	60	Percentual	48	50	55	60
1.3.10	10. Assegurar atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses (puericultura), afim de reduzir o índice de mortalidade desta faixa etária, em: 12,5% ao ano.	SISPACTO	20	2021	Percentual	12,5	Percentual	17	15	12	10

1.3.11	11. Garantir em 100% o teste do Pezinho ao RN no período adequado na UBS de referência;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
1.3.12	12. Aumentar o acesso ao Planejamento Reprodutivo, dentro de uma política mais ampla de atenção integral à saúde da mulher	Cobertura populacional estimada pela ESF.	70	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.3.13	13. Redução do índice de gravidez na adolescência (10 a 19 anos) até 2025 com resultados inferiores a 12,4%.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	12,4	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100

**Objetivo 1.4** - Organizar e Qualificar a Rede de Doenças Crônicas não transmissíveis de forma a garantir o cuidado humanizado através de estratificação nas unidades de saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)
----	-------------------	--	------------------------	-----------------------	-------------------	-----------------------------

									22	23	24	25
		Valor	Ano	Unidade de Medida								
1.4.1	1 Reduzir 20% ao ano a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) nos principais grupos DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	7	2021	Percentual	20	Percentual	10	15	20	20	
1.4.2	2 Realizar e manter a capacitação continuada de todos os profissionais envolvidos para utilização do sistema de informação para estratificação das Linhas de cuidado. Sendo: 100% dos profissionais até 2025.	Capacitação de Profissionais da Saúde.	5	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100	
1.4.3	3 Garantir 100% de cobertura de acompanhamento de hipertensos e diabéticos nas UBS;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	7	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100	

1.4.4	4 -Realizar estratificação de 100% dos pacientes hipertensos, diabéticos ou hiperdia, e outras fragilidades, referenciando a Rede de Atenção Especializada de forma que atinja anualmente:	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.4.5	5 Manter 100% de sistemas de informação, disponibilizados localmente de forma a obter registros dos dados relativos ao cuidado das pessoas com doenças crônicas atendidas nos serviços de saúde que estão sob responsabilidade do Município, até 2025;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	70	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.4.6	6. Garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e com o disposto em legislações específicas,	Cobertura populacional estimada pela ESF.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
1.4.7	7 Implantar linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade no município, através de estratificação nas unidades de saúde	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100

1.4.8	8.Reestruturar o fluxo da rede de Oncologia do SUS no município, garantindo atenção e acesso humanizado.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	10	30	60	100
1.4.9	9. Implantar e Manter ações de Monitoramento do roll de indicadores do Painel de Oncologia instituído pelo Ministério da Saúde	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.4.10	10.Aumentar o índice de realização de exames de mamografia, de 0,01% para 0,35% rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50-69 anos na população residente	Cobertura populacional estimada pela ESF.	0,01	2021	Percentual	100	Percentual	0,10	0,20	0,25	0,35
1.4.11	11.Aumentar o índice de realização de exames citopatológicos, para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres de 25-64 anos, de 0,37% para 0,65%;	Razão de exames citopatológicos do colo do útero/mulheres 25 a 64 anos pop. residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	0,37	2021	Percentual	0,65	Percentual	0,40	0,45	0,55	0,65

**Objetivo 1.5** - Organizar e Qualificar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de forma a garantir o acesso e o cuidado humanizado com dignidade e respeito.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
1.5.1	1. Nomear referência técnica para RCPD;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100

1.5.2	2.Efetivar o Grupo Condutor Municipal da RCPD até 2023.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
1.5.3	3. Elaborar o plano municipal da RCPD até 2023.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
1.5.4	4. Qualificar 100% da equipe multidisciplinar com início em 2023, para identificação precoce de deficiências nas fases pré, Peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;	Promover melhoria do acesso e da qualidade a estrutura de saúde.	40	2021	Percentual	100	Percentual	90	100	100	100
1.5.5	5. Garantir o monitoramento de 100% das crianças com risco para deficiência (física, auditiva, intelectual e visual) com atenção integral humanizada;	Promover melhoria do acesso e da qualidade a estrutura de saúde.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100



1.5.6	6. Garantir 100% de assistência a pessoa com deficiência;	Promover melhoria do acesso e da qualidade a estrutura de saúde.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
1.5.7	7. Garantir 100% de atendimento às pessoas com deficiência na rede de Saúde Bucal;	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	2	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
1.5.8	8. Estruturar o fluxo de atendimento especializado as pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias até 2023;	Promover melhoria do acesso e da qualidade a estrutura de saúde.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
1.5.9	9. Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, por meio do acolhimento e classificação de risco;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100



1.6.1	1. Realizar 100% ações de prevenção a saúde bucal a gestante no pré-natal;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	40	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100
-------	--	---	----	------	------------	-----	------------	----	----	-----	-----

**DIRETRIZ Nº 2 - Organizar e manter a Atenção Primária a Saúde com ações e estratégias em saúde que garantam os princípios do SUS.**

**OBJETIVO Nº 2.1 - Fortalecer e ampliar a APS, aumentando o número de equipes de saúde da família (ESF) com Equipe de Saúde Bucal, garantindo assistência com atendimento humanizado, ágil e tecnológico.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
2.1.1	1.Aumentar cobertura de equipes em 100% no município de Saúde da Família;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	75	85	100	100

2.1.2	2. Informatizar e equipar com recursos tecnológicos necessários que garantam a agilidade e eficiência no atendimento em 100% das equipes de ESF;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	75	85	100	100
2.1.3	3. Aumentar cobertura de saúde bucal em 100% no município na saúde da Família	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	45	60	80	100
2.1.4	4. Implantar protocolos clínicos até final de 2022;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	20	2021	Percentual	100	Percentual	45	60	80	100
2.1.5	5. Implantar estratégias de humanização e acolhimento, com qualificação dos profissionais da APS.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	60	Percentual	45	60	80	100

2.1.6	6.Construir indicadores de referência, para o monitoramento e avaliação de qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde até 2022;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	35	2021	Percentual	100	Percentual	45	60	80	100
2.1.7	7. Garantir 100% de manutenção preventiva e corretiva de cada edifício contribuindo para conservação e andamento das estruturas físicas.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	100	100

**DIRETRIZ Nº 3 - Garantir todos os recursos necessários para atingir as metas/indicadores estabelecidas pela PREVINA BRASIL na APS.**

**OBJETIVO NÂº 3.1** - Aprimorar a qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério na APS garantindo atendimento a gestante com pelo menos 6 (seis) consultas sendo a primeira até a 20ª semana de gestação de forma humanizada e efetiva.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)	Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
						22	23	24	25

			Valor	Ano	Unidade de Medida						
3.1.1	1. Proporção de 100% das gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
3.1.2	2. Realizar capacitação a 100% dos ACS para que mantenham vigilância ativa das pessoas adscritas à equipe, estando atento aos sinais de gestação, encaminhando o mais precoce possível a unidade de referência para o pré-natal;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
3.1.3	3. Acompanhar 100% das gestantes a consulta de pré-natal observando o quantitativo de consultas mínimas (por meio de relatórios de sistema de informação ou controle manual / telefônico);	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

3.1.4	4. Garantir 100% o acesso aos testes de gravidez nas unidades (preferencialmente teste rápido) por meio de escuta inicial qualificada;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.1.5	5. Garantir e manter 100% a agenda aberta para a gestante, evitando reservas de dia/período que não permitam à gestante escolher o melhor dia/período para ela, evitando absenteísmo.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.1.6	6. Realizar 100 % das gestantes acompanhadas no pré-natal e com estratificação de risco	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
3.1.7	7. Melhorar e manter o percentual de gestantes acompanhadas, com cumprimento de todos os itens de acompanhamento do pré-natal;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

3.1.8	8. Desenvolver ações de monitoramento do Percentual de gestantes com diagnóstico de sífilis;	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência. Unidade de Medida	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.1.9	9. Garantir e Manter, o Monitoramento e Tratamento de casos de gestantes com diagnóstico de sífilis e tratadas de acordo com o protocolo	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência. Unidade de Medida	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
3.1.10	10. Garantir e manter; o Monitoramento de gestantes de alto risco atendidas na atenção especializada	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
3.1.11	12. Manter os Indicadores de critério, para monitoramento de a gestação caso-a-caso, acompanhadas segundo o plano de cuidado pré-estabelecido na Atenção Primária	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100



3.1.12	12. Ampliar e Manter a Cobertura e Monitoramento de gestantes com interação clínica/obstétrica durante a gestação.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
3.1.13	13. Ampliar e Manter os acompanhamentos dos casos de cesarianas, visando a humanização do atendimento;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
3.1.14	14- Ampliar e Manter os acompanhamentos das puérperas em consonância com a cobertura da Atenção Primária.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
3.1.15	16- Ampliar e Manter os acompanhamentos das puérperas, puérperas internadas em UTI	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100

**OBJETIVO Nº 3.2 - Garantir e manter oferta de exames a gestante no pré-natal.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
3.2.1	1. Garantir 100% dos exames básicos ao pré-natal, sendo solicitado na primeira consulta;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
3.2.2	2. Implantar 100% o fluxo facilitado para a marcação desses exames e acompanhamento do agendamento para gestante pela importância do tempo maior para esse grupo;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100

3.2.3	3. Manter coleta de exames na unidade de saúde, com finalidade de promover melhor humanização aos usuários do SUS;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
-------	--	---	---	------	------------	-----	------------	----	----	----	-----

**OBJETIVO Nº 3.3 - Atingir 100% das gestantes com atendimento odontológico no pré-natal.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
3.3.1	1. Marcar consulta com a equipe de saúde bucal já no primeiro contato pré-natal da equipe de saúde da família (preferencialmente no momento da confirmação da gestação, inserindo esse elemento como mais um no checklist básico de primeira consulta);	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100



3.4.1	1. Ter dados populacionais para mensuração da oferta necessária ao rastreamento adequado para toda a população feminina na faixa etária;	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.4.2	2. Ter controle individualizado dessa população, e não por quantitativo total, evitando realizar o exame sempre para as mesmas mulheres e deixando outras de fora do programa de rastreamento;	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.4.3	3. Ter método de controle do seguimento das mulheres com exame alterado (sistema eletrônico ou registro de papel, ambos verificados periodicamente);	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.4.4	4. Ofertar esse exame a todas as mulheres na idade preconizada que frequentam a unidade, independentemente do motivo;	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

3.4.5	5. Ampliar, gradativamente, a razão de exame citopatológico para rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos, para atingir razão mínima de 0,68 ao ano;	Razão de exames citopatológicos do colo do útero/mulheres 25 a 64 anos pop. residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.4.6	6. Apoio institucional aos municípios, regionais e prestadores serviços de saúde para a utilização do sistema SISCAN e para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.4.7	7. Busca ativa das mulheres que nunca fizeram preventivo ou fizeram há mais de 2 anos;	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

3.4.8	8. Criar e manter o Monitoramento das informações no SISCAN para monitorar as mulheres quanto ao seguimento (mulheres com exames alterados);	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.4.9	9. Promover ações para redução dos fatores risco (sobrepeso, tabagismo, atividade física) comportamental;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.4.10	10 - Criar e manter ações de Monitoramento da cobertura vacinal de HPV;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
3.4.11	11. Ampliar e Manter o índice de oferta de mamografia para rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos, para atingir razão mínima de 0,38 ao ano.	Razão de exames de mamografia de rastreamento/mulheres 50 a 69 anos na pop. residente de det. local e pop. mesma faixa etária.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100

**Objetivo 3.5 - Atingir cobertura vacinal acima de 95% em: Poliomielite inativada e de Pentavalente;**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
3.5.1	1. Realizar captação das crianças logo após o nascimento, de preferência no momento do teste do pezinho e/ou consulta puerperal, marcando a primeira consulta de puericultura para a primeira semana de vida;	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	75	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
3.5.2	2. Orientar sobre a importância das vacinas já nas consultas de pré-natal e continuar ao longo das consultas de puericultura;	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	75	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100





			<b>Valor</b>	<b>Ano</b>	<b>Unidade de Medida</b>						
<b>3.6.1</b>	1. Manter junto a profissionais na barreira em cada unidade de saúde aparelho e impresso para anotação das devidas PA.	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
<b>Objetivo 3.7 - Garantir exames de hemoglobina glicada aos pacientes diabéticos de forma gratuita nas Unidades de Saúde.</b>											
<b>Nº</b>	<b>Descrição da Meta</b>	<b>Indicador para monitoramento e avaliação da meta</b>	<b>Indicador (Linha-Base)</b>			<b>Meta Plano(2022-2025)</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Meta Prevista (2022 a 2025)</b>			
			<b>Valor</b>	<b>Ano</b>	<b>Unidade de Medida</b>			<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>
<b>3.7.1</b>	1. Manter acompanhamento nominal das pessoas com diabetes adscritas à equipe, verificando frequência de acompanhamento;	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	7	2021	Número	100	Percentual	85	95	100	100

3.7.2	2.Melhorar o agendamento das consultas de acompanhamento, que deve ser feito não só para o médico, mas também para o enfermeiro da equipe. Ambos Como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho 6 podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento);	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	7	2021	Número	100	Percentual	85	95	100	100
3.7.3	3. Orientar o cidadão com diabetes sobre a importância das consultas de acompanhamento, dos exames laboratoriais e de levar os resultados no retorno;	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	7	2021	Número	100	Percentual	85	95	100	100
3.7.4	4. Flexibilizar agenda sem reservar período para esse público, possibilitando a consulta no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença.	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	7	2021	Número	100	Percentual	85	95	100	100

**DIRETRIZ 4 - ORGANIZAR O SISTEMA DE FROTA MUNICIPAL NA SAÚDE DE SOORETAMA.**

**OBJETIVO Nº 4.1** – Garantir oferta de transporte aos colaboradores municipais em quantidade necessária, com suporte humanizado, seguro e eficaz; promovendo manutenção preventiva e corretiva dos mesmos.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
4.1.1	1. Garantir ampliação de transportes, para as demandas das ESF's de 02 para 05 veículos até 2025;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
4.1.2	2. Garantir manutenção dos veículos, de forma preventiva e corretiva da frota municipal, obedecendo as normas de fabricante;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100

4.1.3	3. Aquisição de 01 veículo com capacidade para 07 pessoas, (equipe multidisciplinar) atendimento no interior até 2023;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
4.1.4	4. Aquisição de 01 veículo, para transporte da equipe de Atenção especializada em Saúde (NAPS), até 2023;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
4.1.5	5. Garantir local apropriado e seguro, para a guarda dos veículos até 2022;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
4.1.6	6. Aquisição de 01 veículo, para transporte da equipe de Atenção especializada em Saúde (CASA ROSA), até 2024;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Número	1	Número	1	1	1	1

4.1.7	7. Aquisição de 02 veículos, para transporte da equipe e Ações de Vigilância em Saúde, sendo: 01 veículo até 2023 e outro até 2025;	Cobertura populacional estimada pela ESF.	-	2021	Número	2	Número	-	1	1	-
-------	---	---	---	------	--------	---	--------	---	---	---	---

**DIRETRIZ 5 - IMPLANTAR VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE POPULAÇÃO EXPOSTA AOS AGROTÓXICOS VSPEA.**

**OBJETIVO Nº 5.1 - Implantar Vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos – VSPEA**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
5.1.1	1. Implantar Grupo condutor para realização de vigilância em saúde da população exposta a agrotóxica, até 2022;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100

5.1.2	2. Implantar referência técnica (VSPEA) até 2022;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
5.1.3	3. Implantar 100% do Plano de Ação a VSPEA até 2022;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
5.1.4	4. Buscar apoio das regionais de saúde e CEREST, para implementação da VSPEA na estruturação da rede de atenção integral aos intoxicados por agrotóxicos, participando da definição de fluxos, mecanismos e redes de referência e contra referência com a rede de atenção integral até 2022;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

5.1.5	5. Identificar as áreas de aplicação de agrotóxico até 2023;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	50	100	100	100
5.1.6	6. Identificar os principais fatores de risco da população exposta até 2023;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	50	100	100	100
5.1.7	7.Capacitar 100% das equipes de saúde (ESF, V.S), para detecção, diagnóstico, tratamento de intoxicações até 2022;	Número de profissionais que trabalham no SUS.	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
5.1.8	8. Sensibilizar o controle social para solicitar a inclusão de ações de VSPEA nos instrumentos de planejamento, a exemplo do Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde (PAS).	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100



5.1.9	9. Garantir a participação popular em todas as etapas da VSPEA;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
5.1.10	10. Promover a integração entre as ações de vigilância e de atenção à saúde executadas nos municípios até 2022;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
5.1.11	11. Implantar fluxo do atendimento aos intoxicados por agrotóxicos referenciados pela atenção básica e média complexidade até 2023;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
5.1.12	12. Elaborar protocolos ou estabelecer linhas de cuidado de vigilância e assistência à saúde de populações expostas a agrotóxicos, nos diferentes níveis de complexidade do SUS até 2023;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100

5.1.13	13. Garantir a notificação epidemiológica sobre doenças e agravos à saúde decorrentes da exposição a agrotóxicos;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
5.1.14	14-Garantir monitoramento periódico, a saúde dos agentes de controle de endemias;	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
5.1.15	15. Garantir e manter o monitoramento anual de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano;	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100
5.1.16	16. Garantir ações educativas anualmente, para os produtores agrícolas e fornecedores de produtos de agrotóxico.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	95	100	100

**Diretriz 6: Reestruturar vigilância em saúde, visando a integralidade do cuidado, através das redes de atenção à saúde.**

**OBJETIVO Nº 6.1 - Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde junto às equipes de Atenção à Saúde.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista (2022 a 2025)			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			22	23	24	25
			6.1.1	1. Aumentar cobertura de imóveis visitados pelo Agente de Combate a Endemia, de forma atingir no mínimo 80%,	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue			-	2021	Percentual	80

6.1.2	2. Manter investigação, diagnóstico e cura de 100% dos casos suspeitos de hanseníase;	Proporção cura casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.3	3. Manter investigação, diagnóstico e cura de 100% dos casos suspeitos de malária;	Número de Casos Autóctones de Malária	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.4	4. Investigar 100% dos casos suspeito de tuberculose e tratar 100% dos confirmados;	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.5	5. Investigar 100% dos sintomáticos respiratório com cultura de BAAR;	Cobertura populacional estimada pelas equipas de Atenção Básica	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

6.1.6	6. Desenvolver e implementar ações de Monitoramento de surtos e diagnósticos Semanais de casos de Doenças Diarreicas Agudas no SIVEP DDA;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	-	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
6.1.7	7. Aumentar a proporção de investigação de pelo menos 80% dos casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) registrado no SINAN em até 60 dias a partir da data de notificação	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	-	2021	Percentual	100	Percentual	98	98,5	99,5	100
6.1.8	8. Alimentar 100% dos sistemas referentes à vigilância Epidemiológica;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.9	9. Manter investigação, 100% dos Óbitos infantis.	Taxa de mortalidade infantil	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

6.1.10	10. Manter investigação, 100% dos Óbitos maternos	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.11	11. Manter investigação, 100% dos Óbitos fetais	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.12	12. Manter investigação, 100% dos Óbitos de mulheres em idade fértil.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.13	13. Manter investigação, 100% dos óbitos de causa básica definida;	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

6.1.14	14. Manter investigação, 100% dos casos suspeitos de doença exantemática;	Cobertura populacional estimada pelas equipas de Atenção Básica	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.15	15. Investigar 98% dos casos novos de hepatite B confirmados por sorologia	Cobertura populacional estimada pelas equipas de Atenção Básica	-	2021	Percentual	98	Percentual	88	93	98	100
6.1.16	16. Aumentar para 100% a cobertura vacinal em crianças menores de 02 anos até 2023;	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

6.1.17	17. Garantir 80% de cobertura vacinal em crianças maiores de 02 anos até 2023;	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	-	2021	Percentual	80	Percentual	75	80	80	80
6.1.18	18. Realizar notificação de 100% dos casos de violência doméstica sexual e outras violências.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.19	19. Garantir 100% de investigação e tratamento dos casos de Sífilis gestacional e população em geral;	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.20	20. Manter 100% investigação e tratamento dos casos de Sífilis congênita;	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100



6.1.21	22. Manter 100% de investigação e tratamento dos casos de IST;	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
6.1.22	23. Reduzir a proporção de casos novos de Sífilis congênita a partir de 2022,	Nº de casos novos de sífilis em menores de 1 ano em um determinado ano de diagnóstico e local de residência (Número absoluto)	1	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
6.1.23	24. Nomear Referência Técnica para Saúde do Trabalhador até 2022.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	-	2021	Número	1	Número	1	-	-	-
6.1.24	25. Implantar Vigilância em saúde do trabalhador até 2022.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	-	2021	Número	1	Número	1	-	-	-



7.1.1	1. Garantir 100% de capacitação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre uso de EPI, manejo clínico e classificação de risco diante de um caso suspeito de infecção humana pelo COVID-19;	Qualificar e atualizar os profissionais quanto aos assuntos da COVID19	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
7.1.2	2. Capacitar 100% dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre manejo de vias respiratórias e atendimento às situações de urgências e emergência relacionadas ao COVID-19;	Percentual de ofertas de serviços incluídas no sistema, regulando as demandas de média e alta complexidade oriundas da APS.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
7.1.3	3. Desenvolver fluxogramas/protocolos de acolhimento, triagem e espera por atendimento para usuários com sintomas respiratórios até 2023;	Garantir o acesso e resultados de exames laboratoriais com mais rapidez e precisão, para atuar na prevenção, diagnóstico, tratamento, prognóstico e acompanhamento das enfermidades em geral.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

7.1.4	4. Garantir 100% de monitoramento de casos de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave nos serviços de saúde semanalmente;	Realizar coleta de testes RT-PCR e encaminhar ao Laboratório Estadual, de acordo com Norma Técnica	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
7.1.5	5. Garantir e manter 100% de Investigação Epidemiológica dos contactantes realizando busca ativa de contatos próximos como familiares, colegas de trabalho, entre outros.	Monitoramento dos pacientes suspeitos e confirmados, através de contato telefônico e/ou visita domiciliar da Equipe de Saúde	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
7.1.6	6. Revisar as definições de vigilância sistematicamente, diante de novas evidências ou recomendações da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde.	Intensificar as Ações de Vigilância Sanitária	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
7.1.7	7. Garantir 100% de notificação imediata de casos suspeitos para infecção humana por COVID-19.	Monitoramento dos pacientes suspeitos e confirmados, através de contato telefônico e/ou visita domiciliar da Equipe de Saúde	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

7.1.8	8. Garantir 100% de exames laboratoriais e de imagens para diagnóstico e monitoramento de possíveis agravos das síndromes respiratórias agudas graves;	Realizar coleta de testes RT-PCR e encaminhar ao Laboratório Estadual, de acordo com Norma Técnica	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
7.1.9	9. Implantar Sala de Situação COVID-19 para acolhimento de casos suspeitos até 2023;	Intensificar as Ações de Vigilância Sanitária	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
7.1.10	10. Manter boletins informativos intensificando a disseminação de informes sobre a situação epidemiológica da Infecção pelo COVID-19;	Informar a população sobre as medidas de prevenção da COVID19, bem como, a logística de agendamento aos casos suspeitos	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
7.1.11	11. Garantir apoio psicológico aos trabalhadores da Rede Municipal de Saúde com instalação de um serviço de apoio psicológico aos servidores;	Promover ações em Saúde Mental.	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100

7.1.12	12.Monitorar casos de Síndrome Gripal, casos suspeitos e confirmados para COVID-19 (casos leves e moderados) que encontram-se em isolamento domiciliar, do território da Unidade de Saúde;	Monitoramento dos pacientes suspeitos e confirmados, através de contato telefônico e/ou visita domiciliar da Equipe de Saúde	-	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
--------	--	--	---	------	------------	-----	------------	----	----	----	-----

**ALESSANDRO BROEDEL TOREZANI**

Prefeito Municipal

Sooretama – ES.

**EDINALVA PEREIRA SOUZA CUNHA**

Secretária Municipal de Saúde

Sooretama – ES.

## REFERÊNCIAS

DATASUS / TABNET, Informações de Saúde. **Informações Gerais de Saúde**. [S. l.], 2021. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 16 abr. 2021.

LAGESA, Laboratório De Gestão Do Saneamento Ambiental. **Plano Municipal De Saneamento Básico E Gestão Integrada De Resíduos Sólidos De Sooretama**. [S. l.: s. n.], 2017. 355 p. Disponível em: <https://www.sooretama.es.gov.br/uploads/licitacao/1756-anexo-vii-plano-municipal-de-saneamento-1541695329.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

MS (Brasil). Ministério da Saúde. **Vacinação contra a COVID - 19**. [S. l.], 2021. Disponível em: [https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS\\_C19Vacina/DEMAS\\_C19Vacina.html](https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Vacina/DEMAS_C19Vacina.html). Acesso em: 3 ago. 2021.

MS (Brasil). Ministério da Saúde. **População Residente: Estudo De Estimativas Populacionais Por Município, Idade E Sexo 2000-2020 - Brasil**. Brasília - DF, 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em: 24 jun. 2021.

PDR, Plano Diretor de Regionalização de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde**. [S. l.: s. n.], 2011. 65 p.

SIPNI. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Localiza Sus: ;Vacinas da COVID - 19**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://localizaus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 ago. 2021.

SIPNI. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. **Imunizações - 2018 a 2021**. [S. l.], 2021. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd\\_pni/dpnibr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/dpnibr.def). Acesso em: 11 ago. 2021.

SISAB (Brasil). Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica. **Indicadores: Pré-natal**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorio/indicadores/IndicadorPrenatal.xhtml>. Acesso em: 12 ago. 2021.

SOORETAMA. Lei nº 131, de 2 de dezembro de 1998. Dispõe Sobre Alteração Da Lei Municipal N.º 008/97 Que Dispõe Sobre A Criação Do Conselho Municipal De Saúde E Dá Outras Providências. **Dispõe Sobre Alteração Da Lei Municipal N.º 008/97 Que Dispõe Sobre A Criação Do Conselho Municipal De Saúde E Dá Outras Providências**, Sooretama - ES, 1998. Disponível em: <http://www3.sooretama.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/L1311998.html>. Acesso em: 16 abr. 2021.

SOORETAMA. Lei nº 8, de 21 de fevereiro de 1997. Dispõe Sobre A Criação Do Conselho Municipal De Saúde, E Dá Outras Providências. **Criação do Conselho Municipal de Saúde**, Sooretama - ES, 1997. Disponível em: <http://www3.sooretama.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/L81997.html>. Acesso em: 16 abr. 2021.

SOORETAMA. Lei Complementar nº 4, de 1 de junho de 2011. Dispõe Sobre Os Princípios Gerais Da Administração, Definindo A Nova Estrutura Organizacional Da Prefeitura Municipal De Sooretama (Es) E Dá Outras Providências. **A Nova Estrutura Organizacional Da Prefeitura Municipal De Sooretama (ES) E Dá Outras Providências**. Sooretama - ES, 2011. Disponível em: [http://www3.sooretama.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/HTML\\_IMPRESSAO/C42011.html](http://www3.sooretama.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/HTML_IMPRESSAO/C42011.html). Acesso em: 16 abr. 2021.

SOORETAMA. Lei nº 66, de 19 de dezembro de 1997. Institui o Fundo Municipal de Saúde. **Criação do Fundo Municipal de Saúde**, Sooretama - ES, 1997. Disponível em: <http://www3.sooretama.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/L661997.html>. Acesso em: 16 abr. 2021.

WHO, World Health Organization. **Vacina da Pfizer BioNTech contra a COVID-19**: Aquilo que precisa de saber. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.who.int/pt/news-room/feature-stories/detail/who-can-take-the-pfizer-biontech-covid-19--vaccine>. Acesso em: 3 ago. 2021.