



PREFEITURA MUNICIPAL DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2014 A 2017

2014
PREFEITURA MUNICIPAL DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeito Municipal

Dalton Perím

Secretário Municipal de Saúde

Magnus Bicalho Thezolin

Gerência Administrativa

Renata Cíntia Lopes Barbosa

Gerência de auditoria, controle e avaliação

Leiliane Scheideger Athayde

Coordenação Administrativa

Alizete Minete

Coordenação de Agendamento de Consultas e Exames

Poliana de Oliveira Nunes

Coordenação de Atividades Técnicas

Fábio Péterli

Coordenação de Faturamento e Patrimônio

Darlene Maria Boone Lorenzoni

Coordenação da ESF

Waleska Souza Reisman

Coordenação de Vigilância em Saúde

Sílvio César Aguilar Satler

Brasil. Prefeitura Municipal de Venda Nova do Imigrante. Secretaria de Saúde.

Plano Municipal de Saúde: 2014-2017 / Prefeitura Municipal de Venda Nova do Imigrante, Secretaria de Saúde – Venda Nova do Imigrante, 2013.

IDENTIFICAÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante – ES

Data da Emancipação: 10 de maio de 1988

Prefeito Municipal: Dalton Perim

Secretário Municipal de Saúde: Magnus Bicalho Thezolin

Período de abrangência do Plano: 2014 a 2017

Área Geográfica: 188,9 Km²

População Estimada 2010 IBGE: 20.447 habitantes

Coordenação Regional de Saúde: Regional Metropolitana de Vitória

Distância da Capital do Estado: 103 Km

Limites Municipais: Afonso Cláudio, Castelo, Conceição do Castelo e Domingos Martins

MISSÃO

“Referencia em saúde proporcionando aos munícipes de Venda Nova do Imigrante a promoção, prevenção, assistência e reabilitação tendo como foco principal a Atenção Primária à Saúde”

VISÃO

“Oferecer serviços de qualidade atingindo a integralidade da Atenção Primária à saúde com ênfase na promoção, prevenção e humanização até 2020.”

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1. ANÁLISE SITUACIONAL	10
1.1 Aspectos geográficos	10
1.2 Aspectos demográficos	12
1.3 ASPECTOS EDUCACIONAIS.....	17
1.4 HABITAÇÃO.....	19
1.5 SANEAMENTO	19
2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	20
2.1 INTERNAÇÃO HOSPITALAR	21
2.2 MORTALIDADE	23
2.3 NASCIMENTO	27
2.4 DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	30
3. GESTÃO EM SAÚDE.....	34
3.1 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	35
3.2 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	36
4. AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS	37
4.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	37
4.1.1 Vigilância Epidemiológica.....	37
4.1.1.1 Financiamento.....	37
4.1.2 Vigilância Sanitária	38
4.1.2.1 Financiamento	39
4.1.3 Vigilância ambiental.....	39
4.1.3.1 Financiamento	39
4.1.4 Saúde do Trabalhador.....	39
4.1.4.1 Financiamento	40
4.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	41
4.2.1 Financiamento	42
4.3 SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA.....	42
4.3.1 Financiamento.....	
4.4 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	
<hr/>	
4.4.1 Programa Bolsa Família	42

4.4.2 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN	44
4.4.3 Programa Nacional de Suplementação de Ferro	45
4.5 SAÚDE BUCAL	42
4.6 SAÚDE DO IDOSO	47
4.7 SAÚDE MENTAL	48
4.8 SAÚDE DO HOMEM	48
4.9 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	49
4.10 FISIOTERAPIA.....	51
4.11 RECUSOS HUMANOS	52
4.12 SERVIÇOS DE APOIO LOGÍSTICOS.....	52
4.14 CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE	53
4.13 GESTÃO	54
4.14 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA	54
5. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO	64
6. REVISÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	64
7. APROVAÇÃO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	64
7.1 HOMOLOGAÇÃO PELO PREFEITO MUNICIPAL.....	64
REFERÊNCIAS.....	65
ANEXOS	68

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante tem como missão “Ser referência em saúde proporcionando aos munícipes de Venda Nova do Imigrante a promoção, prevenção, assistência e reabilitação tendo como foco principal a Atenção Primária à Saúde” e como visão “Oferecer serviços de qualidade atingindo a integralidade da Atenção Primária à saúde com ênfase na promoção, prevenção e humanização até 2020.”

Planejar as ações e os serviços de saúde é meta da gestão municipal uma vez que o planejamento pode ser utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social. De acordo com TANCREDI *et. al.* (2002), planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança que compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados que possibilitem realizar a integração com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias para alcançar objetivos e metas estabelecidas.

No âmbito do SUS o planejamento é contemplado pela Lei nº 8.080/90 em seu Capítulo III que no parágrafo 1º do Art. 36 estabelece que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”. O Art. 4º da mesma Lei define que os Municípios, Estados e o Distrito Federal, para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde, devem possuir plano de saúde e relatório de gestão, devidamente acompanhados, conforme programação aprovada pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 1990)

O plano de saúde é um instrumento de planejamento definido pela Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006 como “o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS”. Ainda segundo a Portaria 3.332/06, o plano de saúde deve contemplar todas as áreas de atenção a saúde, garantindo a sua integralidade. Este deve expressar o compromisso da gestão com o fortalecimento do SUS municipal na busca da universalidade, equidade e integralidade com o foco na melhoria da atenção à saúde e qualidade de vida da

população. É elaborado com base na análise situacional da área de abrangência e após esta, são formulados os objetivos, diretrizes e metas que devem traduzir o anseio e as necessidades da população bem como os compromissos e responsabilidades do setor saúde sobre a condição de saúde da população, a intersectorialidade, a gestão em saúde e também a consonância com as diretrizes do SUS.

A descentralização efetiva trazida pelas diretrizes do SUS está cada vez mais fortalecida e a regulamentação da Lei 8080/90 pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 destaca o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento em saúde, à assistência à saúde, a articulação interfederativa dentre outros aspectos que são primordiais para uma melhoria permanente.

Atrelado ao plano de saúde está a Programação Anual de Saúde, que é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no plano de saúde. Cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde bem como da gestão do SUS (BRASIL, 2006a).

O planejamento das ações de saúde pela Secretaria Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante visa melhorar o aproveitamento dos recursos disponíveis e necessários, para que os objetivos propostos sejam alcançados com o mínimo de custos. Na organização do planejamento também se fazem necessárias as urgentes transformações no sentido de aproveitamento dos avanços tecnológicos, traduzindo-se em mudanças no comportamento pessoal e social, impondo novas formas de pensar, agir e relacionar-se, elevando princípios morais e éticos no atendimento aos usuários dos serviços (RODRIGUES, 2009).

Como resultado é elaborado o Relatório Anual de Gestão que contém o resultado da apuração dos indicadores descritos na Programação Anual, a análise da execução da programação física e orçamentária, e as recomendações que julgarem-se necessárias, como a revisão de indicadores, a reprogramação e até acertos no plano de saúde (BRASIL, 2006a). Conforme portaria GM/MS 575/2012 e Acórdão TCU 1459/2011.

Vale ressaltar que, o PMS não se trata de um instrumento estático. Este deve ser discutido e ajustado anualmente com objetivo de contribuir para

implantação efetiva do Decreto 7.508/11 e também a Lei Complementar 141 que enfatiza o planejamento regional.

A. Processos

O processo de elaboração deste Plano Municipal de Saúde foi realizado em parceria com os diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde, através de esforço coletivo, onde foram definidas as ações, atividades, estratégias e metas constantes deste plano.

Serviram como instrumento de planejamento os relatórios de gestão, indicadores do Sispecto e COAP, linhas guias estaduais, protocolos municipais associados à série histórica dos indicadores e análise situacional do município. De posse desses dados foi possível definir de forma clara as ações, atividades, metas e bem como os prazos e o seu desenvolvimento nos próximos quatro anos.

B. Organização

Este plano está organizado da seguinte forma:

Parte 1 – Apresenta uma análise situacional do município em todos os aspectos relevantes.

Parte 2 – Destaca os indicadores epidemiológicos de internação, mortalidade, nascimentos, agravos e doenças de notificação, com análise sobre cada tema abordado.

Parte 3 – Apresenta a forma de gestão da saúde municipal.

Parte 4 – Demonstra as ações desenvolvidas por área de atuação com suas respectivas programações e metas para os quatro anos de vigência deste plano.

Parte 5 – Trata da avaliação, monitoramento e homologação do plano.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Aspectos geográficos

O município de Venda Nova do Imigrante está localizado no centro sul do Estado do Espírito Santo (20°20'59"S, 41°7'49" O). O clima é tropical de altitude, apresentando temperaturas mínimas de 5° C no inverno e média anual de 19,4°C. Localizado às margens da BR-262, com uma altitude variando de 630 a 1.550 metros,

O município é servido pela BR-262 (Rodovia Costa e Silva) que corta a cidade e dá acesso a grandes centros como: Belo Horizonte e Vitória. Através das rodovias estaduais ES-166 (Rodovia Pedro Cola) tem acesso ao município de Castelo e pela ES-472 (Rodovia Francisco Vieira de Mello) é possível acessar o município de Conceição do Castelo.

O município é Gestão Plena do Sistema Único de Saúde. Faz parte da Macro Metropolitana e Micro região de Saúde Vila Velha / Venda Nova do Imigrante formada pelos municípios limítrofes conforme apresenta o mapa ilustrativo do ANEXO I.

Sua economia é baseada na agricultura familiar, principalmente na cultura do café, que corresponde a 90% das propriedades, além da produção de hortifrutigranjeiros e uma pecuária e agroturismo crescentes (VENDA NOVA DO IMIGRANTE, 2009).

Segundo dados do último censo do IBGE, a população de Venda Nova do Imigrante em 2010 era de 20.447 habitantes.

De acordo com Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP).entre 2000 e 2010, a população de Venda Nova do Imigrante teve uma taxa média de crescimento anual de 2,38%. Na década anterior, de 1991 a 2000 foi de 3,70%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 67,77%. A densidade demográfica é de 106,6 habitantes por km².

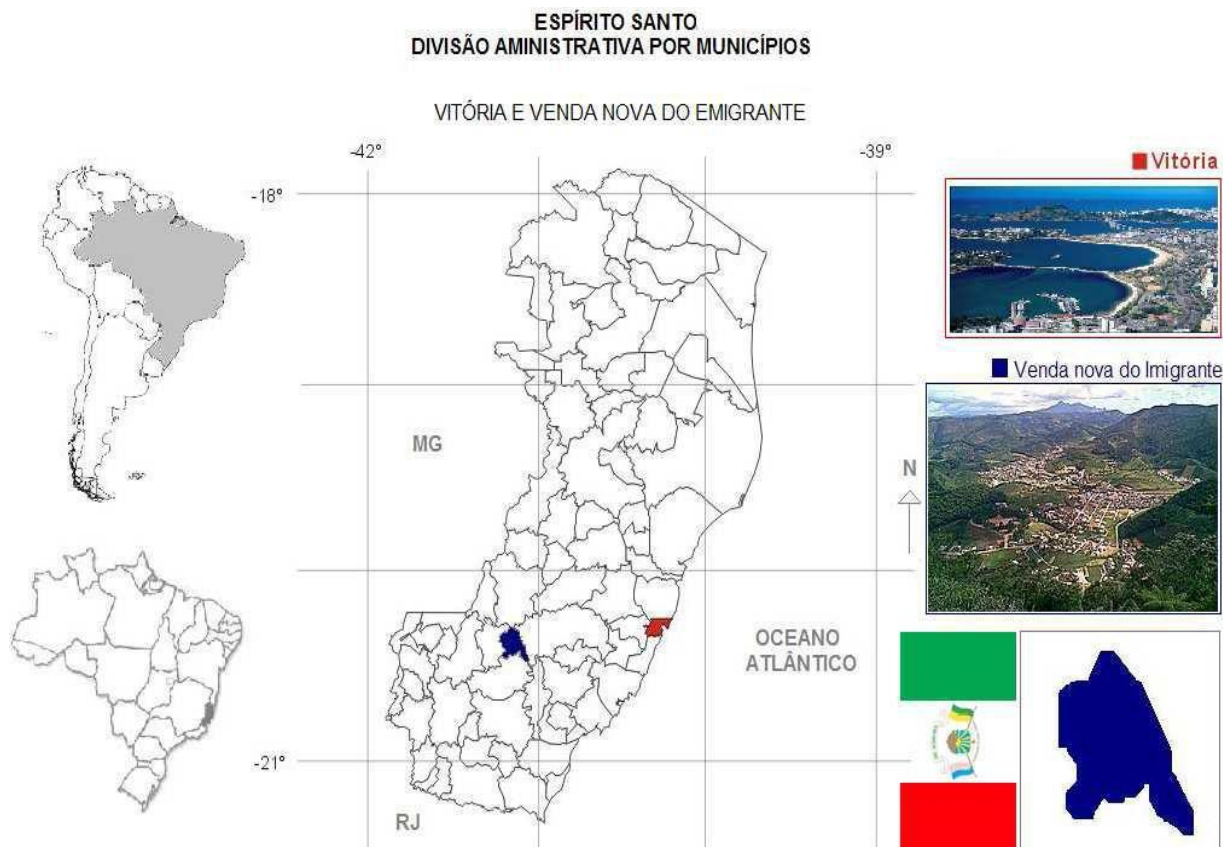
Este crescimento merece atenção visto que os serviços ofertados pela administração pública, em especial os serviços de saúde, devem ser planejados e priorizados para atender a uma população crescente e em processo de envelhecimento.

QUADRO DE ESTABELECEMENTOS MUNICIPAIS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS CONVENIADOS AO SUS

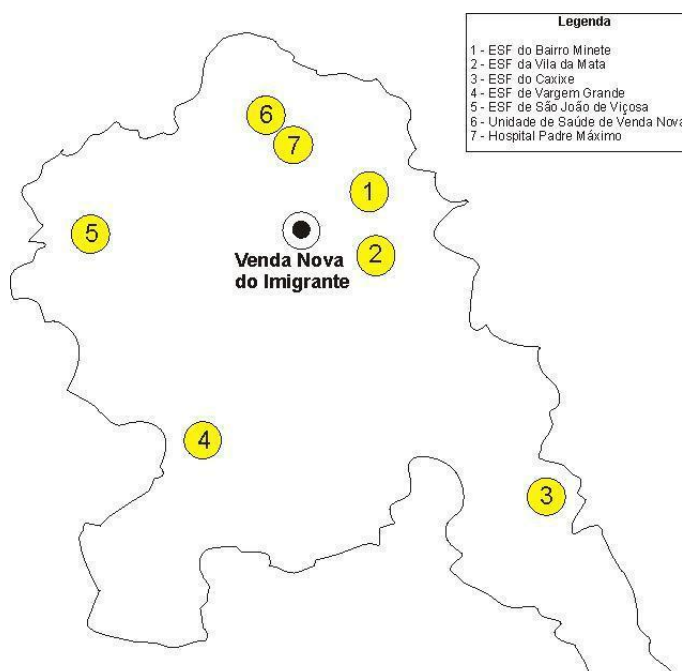
CNES	ESTABELECEMENTO	TIPO	LOCALIZAÇÃO
2403358	US de Venda Nova	Público	Bairro de Vila Betânia
2466260	US de São João de Viçosa	Público	Distrito de São João de Viçosa
2466228	US de Vargem Grande	Público	Loc. de Vargem Grande
2466198	US de São Roque	Público	Loc. de São Roque
2466236	US de Alto Caxixe	Público	Distrito de Alto Caxixe
6845738	US Minete I e II	Público	Bairro Minete
6845711	US Vila da Mata	Público	Bairro Vila da Mata
2403331	Hospital Padre Máximo	Filantrópico	Bairro Vila Betânia
2677946	Laboratório Diagcenter	Privado	Bairro Vila Betânia
7015372	Laboratório de Análises Clínicas Ltda LACEN	Privado	Bairro Minete

Fonte: CNES, 2013.

ESPÍRITO SANTO DIVISÃO POLÍTICA POR MUNICÍPIO – DESTAQUE PARA LOCALIZAÇÃO DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE E A CAPITAL VITÓRIA



MAPA DE LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE



1.2 Aspectos Sociais

Venda Nova do Imigrante começou a ser colonizada por volta de 1892, basicamente por imigrantes italianos, cuja cultura permanece viva em seus descendentes e na vida da comunidade vendenovense.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Venda Nova do Imigrante é 0,728, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,091), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,251), seguida por Longevidade e por Renda.

Ao analisar o IDHM observa-se que entre o de 2000 a 2010 este passou de 0,654 em 2000 para 0,728 em 2010 - uma taxa de crescimento de 11,31%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 21,39% entre 2000 e 2010.

Entre os anos de 1991 e 2000 o IDHM passou de 0,487 em 1991 para 0,654 em 2000 - uma taxa de crescimento de 34,29%. O hiato de desenvolvimento humano, foi reduzido em 32,55% entre 1991 e 2000.

Nota-se, entretanto, que entre os anos de 1991 e 2010 Venda Nova do Imigrante teve um incremento no seu IDHM de 49,49% nas últimas duas décadas, acima da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (46,53%). O hiato de desenvolvimento humano, foi reduzido em 46,98% entre 1991 e 2010. Esses dados são do PNUD, IPEA e FJP.

Distribuição Percentual da População Residente por faixa etária e ano					
Faixa Etária	2006	2007	2008	2009	2010
Menor 1 ano	1,65	1,60	1,57	1,54	1,18
1 a 4 anos	6,86	6,39	6,30	6,19	4,94
5 a 9 anos	9,25	7,75	7,72	7,72	7,29
10 a 14 anos	10,32	8,26	8,03	7,81	8,26
15 a 19 anos	10,32	9,35	9,04	8,74	9,02
20 a 29 anos	18,82	19,32	19,19	19,03	18,36
30 a 39 anos	16,52	16,28	16,40	16,54	16,72
40 a 49 anos	11,93	13,91	14,11	14,29	14,25
50 a 59 anos	6,75	8,78	9,10	9,41	9,37
60 a 69 anos	4,43	4,62	4,69	4,79	5,39
70 a 79 anos	2,34	2,66	2,70	2,74	3,11
80 anos e mais	0,81	1,07	1,13	1,19	1,66

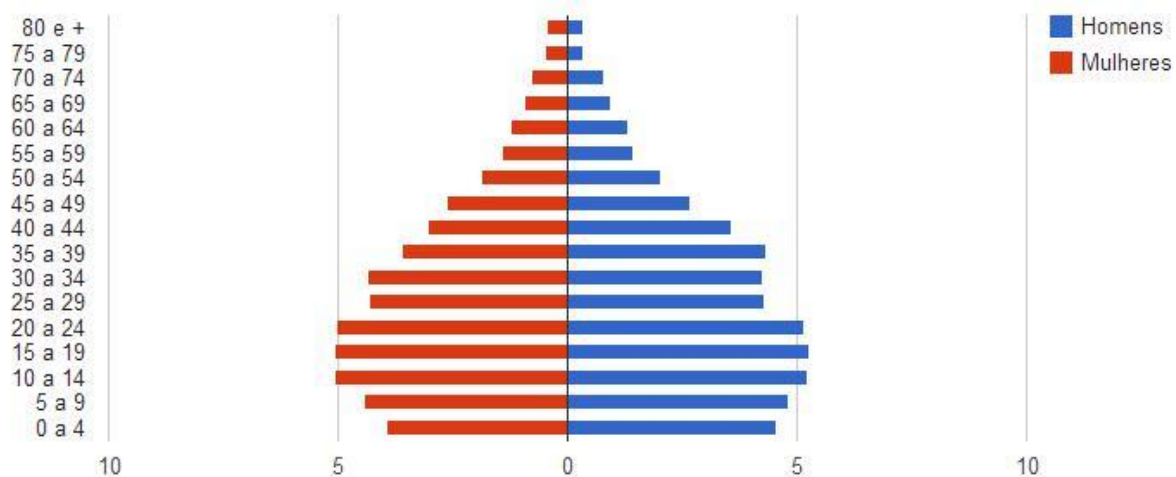
Fonte: IBGE / DATASUS, 2010.

A observação da planilha etária acima de 2001 a 2010 revela as transformações que estão ocorrendo na estrutura etária da população de Venda Nova do Imigrante, onde pôde-se observar uma diminuição percentual da população no extrato de 0 a 19 anos (crianças e jovens) e um aumento nos extratos de 20 anos e mais. Isso reforça a tendência no envelhecimento da população de Venda Nova do Imigrante, assim como acontece no Brasil. Entre 2000 e 2010, a razão de dependência (percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos população potencialmente ativa) de Venda Nova do Imigrante passou de 49,48% para 40,23% e a taxa de envelhecimento (razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total) evoluiu de 5,02% para 7,01%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 61,61% para 49,48%, enquanto a taxa de envelhecimento evoluiu de 4,04% para 5,02%.

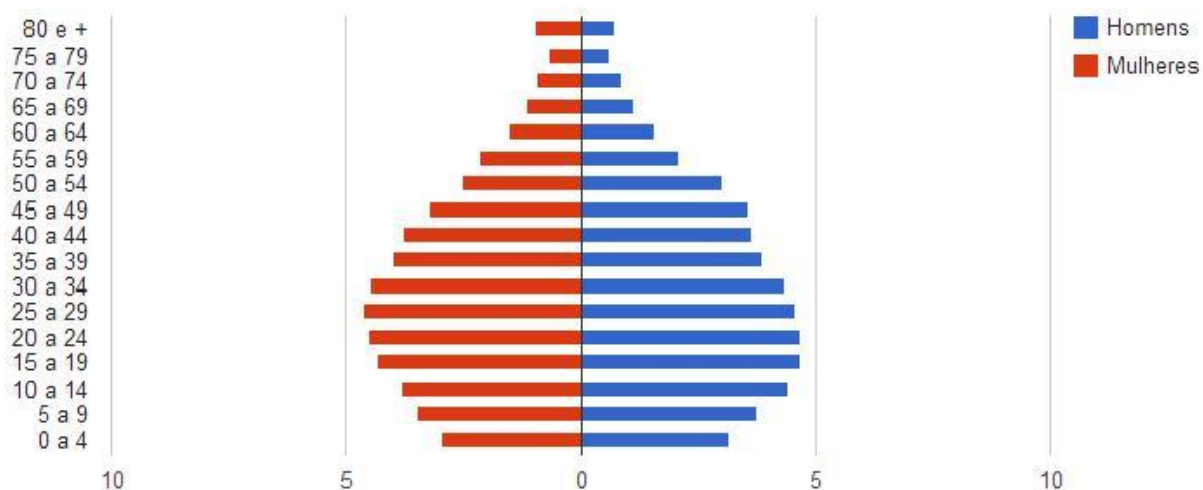
Fato este que repercute na necessidade de uma maior estruturação dos serviços de saúde para atuar em doenças e agravos crônicos e degenerativos. E

também a necessidade de organização dos serviços em redes para evitar a fragmentação do cuidado e o foco nas condições agudas de saúde.

2000 Pirâmide etária – Venda Nova do Imigrante – ES Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



2010 Pirâmide etária – Venda Nova do Imigrante – ES Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



A distribuição da população residente por área urbana e rural, segundo o censo de 2010, evidencia que 72,42% da população de Venda Nova do Imigrante

reside na área urbana e somente 27,58% na área rural. Há uma tendência na formação de aglomerados urbanos em meio rural resultado da formação de loteamentos, às vezes clandestinos, que não dispõem de estrutura adequada, como por exemplo saneamento básico e outras necessidades básicas da população.

Zona de Residência da População por Sexo, 2010

Situação	Masculino	Feminino	% total	Total
Urbana	7.328	7.481	72,42	14.809
Rural	3.006	2.632	27,58	5.638
Total	10.334	10.113	100,00	20.447

Fonte: IBGE, 2010.

Rendimento das famílias, segundo faixa de rendimento mensal familiar per capita-2010

Faixas de renda mensal familiar per capita em salário mínimo	Número de famílias	%
Sem rendimento	199	3,15
Até ½ SM	100	1,58
Mais de ½ a 1 SM	700	11,06
Mais de 1 a 2 SM	1.568	24,79
Mais de 2 a 5 SM	2.617	41,37
Mais de 5 a 10 SM	846	13,37
Mais de 10 a 20 SM	219	3,46
Mais de 20 SM	77	1,21
TOTAL	6.326	100,0

Fonte: IBGE, 2010

De acordo com PNUD (2010), a renda per capita média de Venda Nova do Imigrante cresceu 118,24% nas últimas duas décadas, passando de R\$345,79 em 1991 para R\$586,55 em 2000 e R\$754,66 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 69,63% no primeiro período e 28,66% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 20,08% em 1991 para 4,94% em 2000 e para 1,73% em 2010. A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,62 em 1991 para 0,59 em 2000 e para 0,52 em 2010.

Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 74,09% em 2000 para 73,63% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 2,79% em 2000 para 2,96% em 2010.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 28,35% trabalhavam no setor agropecuário, 1,32% na indústria extrativa, 7,64% na indústria de transformação, 9,56% no setor de construção, 0,98% nos setores de utilidade pública, 15,81% no comércio e 31,57% no setor de serviços.

1.3 ASPECTOS EDUCACIONAIS

No município existem 03 escolas estaduais, 04 municipais, 02 particulares, 01 faculdade, 01 Instituto Federal do Espírito Santo (IFES) e 05 creches municipais. De acordo com o IBGE, o número de alunos matriculados em 2003 no ensino fundamental foi de 3261, no ensino médio foi 961 e na pré-escola foram 588. O número de docentes no ensino fundamental foi de 173, no ensino médio de 56 e na pré-escola de 37.

A proporção de crianças e jovens freqüentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação. No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu -0,18% e no de período 1991 e 2000, 104,65%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos freqüentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 13,45% entre 2000 e 2010 e 67,17% entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 15,25% no período de 2000 a 2010 e 99,93% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino

médio completo cresceu 20,24% entre 2000 e 2010 e 222,00% entre 1991 e 2000.

Em 2010, 65,34% dos alunos entre 6 e 14 anos de Venda Nova do Imigrante estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Em 2000 eram 70,31% e, em 1991, 44,57%. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 42,04% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Em 2000 eram 36,23% e, em 1991, 18,41%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 20,19% estavam cursando o ensino superior em 2010, 9,48% em 2000 e 2,18% em 1991. Nota-se que, em 2010, 1,12% das crianças de 6 a 14 anos não freqüentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 17,86%.

Em relação à população adulta a escolaridade é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM Educação. Em 2010, 48,30% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 30,47% o ensino médio. No Estado do Espírito Santo, 55,23% e 38,68% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 10,28% nas últimas duas décadas.

Anos esperados de estudo indicam o número de anos que a criança que inicia a vida escolar no ano de referência tende a completar. Em 2010, Venda Nova do Imigrante tinha 9,43 anos esperados de estudo, em 2000 tinha 9,45 anos e em 1991 9,14 anos. Enquanto que no Estado do Espírito Santo, era 9,36 e passou em 2010 para 9,51 anos esperados de Estudo em 2000 e 9,30 anos em 1991.

1.4 HABITAÇÃO

A distribuição por tipo de residência demonstra que a grande maioria é de tijolo, seguido de madeira, taipa revestida, taipa não revestida e, por último, material aproveitado.

Tipo de Residência por Território Sanitário, 2013							
Equipes/ Áreas	Tipo de Casa						
	Tijolo/ Adobe	Taipa Revestida	Taipa não Revestida	Madeira	Material Aproveitado	Outros	TOTAL
Alto Caxixe	825	10	2	146	1	54	1.038
São João Viçosa	1035	4	3	120	8	25	1.195
Vargem Grande	493	10	1	109	1	19	633
Minete I	1.237	2	5	81	3	4	1.332
Minete II	1.349	10	2	52	3	28	1.444
Vila da Mata	1.410	6	1	109	0	12	1.538
TOTAL	6.349	42	14	617	16	142	7.180

Fonte: SIAB, 2013.

1.5 SANEAMENTO

O município conta com um sistema de tratamento de água (CESAN) que abastece a sede e o distrito de São João de Viçosa. As localidades de Camargo e parte do distrito de Alto Caxixe são abastecidas pelo Sistema de Tratamento de Água do programa Pró-rural. As demais localidades são abastecidas por fontes alternativas, como poços freáticos e nascentes, sendo que a maioria não recebe tratamento (somente filtragem nas residências). São realizadas análises através do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) e realizado orientações referentes às melhorias necessárias para captação e tratamento da água de nascentes e poços, além da distribuição de hipoclorito de sódio.

Na área urbana o esgoto é coletado e tratado, nas áreas rurais o mesmo é lançado em fossas sépticas. Segundo dados do SIAB (2013), 113 residências

desprezam o esgoto a céu aberto, o que corresponde a 0,15% do total de 7.180 domicílios.

Quanto ao lixo, o município realiza coleta diária na sede do município com carros próprios da prefeitura. O resíduo doméstico é recolhido pela Prefeitura Municipal, armazenado em um container e levado para aterro sanitário licenciado, contratado e localizado no município de Cachoeiro de Itapimirim-ES, na localidade de São Joaquim . Os resíduos de serviço de saúde dos estabelecimentos públicos e privados são armazenados em abrigo adequado localizado no Hospital Padre Máximo e coletados por empresa contratada que transportam os mesmos para o aterro sanitário, localizado no município de Cariacica, da Marca ambiental empresa especializada em destinação correta para esse tipo de resíduo.

Proporção de Residências por Abastecimento de Água, Destino do Lixo e Destino do Esgoto, segundo SIAB, 2013

Unidades	Famílias Cadastradas	1. Abastecimento de Água			Tratamento de Água			
		Rede Pública	Poço /Nascente	Outros	Filtração	Fervura	Cloração	Sem Tratamento
Caxixe	1038	123 11,84%	915 88,15%	0	312 30,05%	5 0,48%	83 7,99%	638 61,46%
São João	1195	684 57,23%	496 41,50%	15 1,25%	609 50,96%	5 0,41%	355 29,70%	226 18,91%
Vargem Grande	633	6 0,94%	625 98,73%	2 0,31%	382 60,34%	3 0,47%	0	248 39,17%
Minete I	1332	1181 88,66%	151 11,33%	0	1194 89,63%	3 0,22%	49 3,67%	86 6,45%
Minete II	1444	1154 79,91%	290 20,08%	0	1253 86,77%	3 0,20%	47 3,25%	141 9,76%
Vila da Mata	1538	1075 69,89%	462 30,03%	1 0,06%	1278 83,09%	2 0,13%	35 2,27%	223 14,49%
Total	7180	4223 58,81	2939 40,93%	18 0,25%	5028 70,03%	21 0,29%	569 7,92%	1562 21,75%

Fonte: SIAB/2013

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

2.1 Morbidade

Quando se fala em morbidade trata-se da taxa de portadores de determinada doença em relação à população total, em determinado local e em determinado momento. Conhecer os coeficientes de morbidade são de fundamental importância para a vigilância e controle das doenças que por sua vez subsidiam a organização dos serviços de saúde e as intervenções necessárias a serem feitas pela gestão pra enfrentar determinado agravo de relevância para o município.

2.1.1 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

O município conta com um hospital de pequeno porte filantrópico contratualizado com o município de Venda Nova do Imigrante para prestação de serviços médicos ambulatoriais de urgência e emergência, cirurgias eletivas e internações. O município não dispõe de unidades de pronto atendimento. Os atendimentos que demandam procedimentos mais complexos e de maior nível tecnológico são referenciados para a macrorregional (Vitória), conforme previsto na Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência.

As informações sobre a morbidade hospitalar, constituem-se em fonte de informação de doenças e agravos que acometem a população e que levam às mesmas a internação hospitalar no SUS.

No ano de 2012 foram registradas 2.116 internações, no Hospital Padre Máximo. Vale ressaltar que o Hospital de Venda Nova do Imigrante não restringe seus atendimentos a munícipes, uma vez que dentro da região de saúde em que está inserido, este é referência para os municípios da região Sudoeste Serrana. Do total de internações realizadas, 1.629 são de residentes de Venda Nova do Imigrante. A maior causa de internação está na clínica médica, seguido da clínica obstétrica, cirúrgica e em quarto lugar a pediatria. Vale ressaltar, que as internações psiquiátricas não ocorrem no próprio município e sim na clinica Santa Izabel em Cachoeiro de Itapemirim, conforme PPI da Assistência. No ano de

2012, foram realizadas 87 internações, o que evidencia que do total de internações de munícipes, 4,11% corresponde a internações psiquiátricas.

**Distribuição das Internações por Diagnóstico por Causas e Faixa Etária
– CID 10 – Venda Nova do Imigrante-ES, 2012**

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	20	6	5	2	9	5	8	10	8	12	7	98
Neoplasias (tumores)	1				7	2	4	24	26	30	8	10	112
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár			1		2	1	5	4	2	2	2		19
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1	1			1	1	6		1	2	4	18
Transtornos mentais e comportamentais					2	8	10	14	2	4		1	41
Doenças do sistema nervoso			1			3	6	3	2	2	1	4	22
Doenças do olho e anexos								1	2				3
Causas externas de Morbidade										1			1
Doenças do aparelho circulatório		4	1	2	1	10	18	45	43	34	38	19	215
Doenças do aparelho respiratório	14	29	16	6	4	11	10	16	16	9	32	40	203
Doenças do aparelho digestivo	1	2	12	8	10	29	31	29	33	22	10	7	194
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	4	3	5	2	4	4	5	5	6	2	4	45
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo				1	3	11	6	15	11	3	6	1	57
Doenças do aparelho geniturinário	3	4	5	8	9	26	26	16	10	13	16	7	143
Gravidez, parto e puerpério					54	134	62						250
Algumas afec originadas no período perinatal	20	1				1							22
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	4		2	2	2							12
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1		1						1		1		4
Lesões enven e alg out conseq causas externas		6	2	7	12	26	30	14	15	11	4	3	130
Contatos com serviços de saúde				3		13	10	4		1			31
Total	50	75	49	47	110	291	228	204	178	147	134	107	1.620

Fonte: DATASUS, 2012.

Número de Internações, Valor Total, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade Município de Venda Nova do Imigrante, 2012.

Especialidade	Internações	%	Valor Total	Óbitos	Permanência	Média de Permanência
Cirúrgico	437	20,65	249.103,17	1	1.012	2,3
Obstétricos	574	27,12	309.353,90	0	1.254	2,2
Clínico	902	42,63	405.623,51	33	3.865	4,3
Pediátricos	203	9,6	74.214,19	0	605	3,0
Total	2.116	100,00	1.038.294,17	34	6.736	3,2

Fonte: DATASUS, 2012.

Na distribuição percentual por diagnóstico CID-10 sobre o total de internações, as principais causas, em 2012, foram por doenças do aparelho Circulatório (13,19%), respiratório (12,46%), digestivo (11,91%) e geniturinário (8,77%), lesões de envenenamento e causas externas (7,98%) é a quinta causa de internação. Embora gravidez e parto detenha o maior percentual de internações (15,90%), deve-se considerar que estas não representam doença / agravo, mas sim condição de saúde. Observa-se um aumento nas internações por doenças do aparelho circulatório e isso merece olhar diferenciado dos serviços de saúde, uma vez que reflete o perfil da população, conforme demonstrado na pirâmide etária que mostra o envelhecimento da população. Ao analisar a mudança na situação demográfica, pode-se concluir que o perfil epidemiológico sofrerá influência das doenças crônicas, que Mendes (2012) enfatiza que se tratar de uma transição demográfica rápida, esta irá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil. No município nós já começamos a perceber indícios dessa mudança.

2.2 MORTALIDADE

2.2.1 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil refere-se à mortalidade de crianças com menos de um ano de idade. O município de Venda Nova do Imigrante apresenta redução de

50%, passando de 26,7 por mil nascidos vivos em 2000 para 13,2 por mil nascidos vivos em 2010.

Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2015.

Faixa Etária	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menor de 7 dias	4	3	2	3	3	2
7 a 27 dias	2	0	0	1	2	1
28 dias a menor de 1 ano	1	1	1	1	1	0
Total	7	4	3	5	6	3

Fonte: DATASUS/TABNET 2013

2.2.2 Mortalidade Por Causas

No que se refere ao perfil de mortalidade por causa capítulo CID-10, de 2006 a 2012 evidencia que as principais causas de mortalidade não sofreram grandes variações e foram por doenças do aparelho circulatório (29), neoplasias (24), causas externas (12), seguida de doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (11) e em quinto lugar as doenças do aparelho respiratório (10).

Na distribuição por faixa etária por diagnóstico CID-10 observa-se que os óbitos por doenças do sistema circulatório ocorreram nas faixas etárias de 40 anos e mais. As mortes por causas externas ocorrem em todas as idades, no entanto, observa-se maior frequência na faixa etária de 20 a 29 anos. Os óbitos por neoplasias ocorreram na faixa etária de 50 a 79 anos, com predominância na faixa etária de 60 a 69 anos. As mortes em crianças menores de 1 ano foram por causas externas (2) e por afecções do período perinatal.

Mortalidade por Causa CID 10 detalhado, segundo faixa etária, Venda Nova do Imigrante, por Doenças do Aparelho Circulatório, 2012						
Causa Lista BR	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e +	Total
. 067 Doenças hipertensivas	1	-	-	1	2	4
. 068 Doenças isquêmicas do coração	2	-	-	4	2	8
. 068.1 Infarto agudo do miocárdio	2	-	-	4	1	7
. 069 Outras doenças cardíacas	-	1	1	1	2	5
. 070 Doenças cerebrovasculares	-	1	1	3	3	8
. 072 Rest doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	1	1

Fonte: DATASUS, 2012

Mortalidade por Causa CID 10 detalhado, segundo faixa etária, Venda Nova do Imigrante, por Doenças do Aparelho Respiratório, 2012						
Causas Lista BR	30-39	40-49	60-69	70-79	80+	Total
. 074 Pneumonia	1	1	0	2	1	5
. 076 Doenças crônicas das vias aéreas superiores	0	0	0	2	1	3
... 076.Restante das doenças do Aparelho Respiratório	0	0	1	0	1	2

Fonte: DATASUS, 2012.

Mortalidade por Causa CID 10 detalhado, segundo faixa etária, Venda Nova do Imigrante, por Neoplasias, 2012

Causas Lista BR	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 +	Total
032 Neopl malign do lábio, cavidade oral e faringe	-	-	-	-	1	1
033-Neopl. malign de esôfago	-	-	1	-	-	1
034 Neoplasia maligna do estômago	-	-	1	1	-	2
035 Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	1	1	-	-	-	2
036 Neopl malign do fígado e vias bil intrahepát	-	1	-	-	-	1
038- Neoplasia maligna e laringe	-	-	-	-	1	1
041 Neoplasia maligna da mama	-	-	-	1	-	1
045 Neoplasia maligna da próstata	-	-	1	-	-	1
047 Neopl malign mening,encéf e out partes SNC	1	-	-	-	-	1
052 Restante de Neoplasia malignas	-	-	-	2	3	5

Fonte: DATASUS, 2012.

Mortalidade por Causa CID 10 detalhado, segundo faixa etária, Venda Nova do Imigrante, por Causas Externas, 2012.

Causas Lista BR	< 1	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	Total
. 103 Acidentes de transporte	1	2	6	-	-	1	-	1	11
. 104 Quedas	-	-	-	-	-	1	1	-	2
. 108 Lesões autoprovocadas voluntariamente	-	-	1	1	1	-	-	-	3
. 109 Agressões	-	1	1	-	1	-	-	-	3
. 112 Todas as outras causas externas	1	-	-	-	1	-	-	1	3

Fonte: DATASUS, 2012

**Série Histórica de Mortalidade Geral – Venda Nova do Imigrante-ES. Óbitos
por Causa Cap –CID 10, de 2009 a 2012**

Causas Capítulos	2009	índice por 10 mil hab.	2010	índice por 10 mil hab	2011	índice por 10 mil hab	2012	índice por 10 mil hab
População	20.023		20.023		20.447		20.447	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	1	0,50	1	0,48	1	0,48
Neoplasias (tumores)	15	7,49	18	8,98	18	8,80	24	11,73
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	2,00	5	2,49	2	0,97	11	5,37
Transtornos mentais e comportamentais	1	2,00	3	1,49	2	0,97	0	0
Doenças do sistema nervoso	3	1,50	6	2,99	4	4,49	6	2,93
Doenças do aparelho circulatório	25	12,48	28	13,98	26	12,71	29	14,18
Doenças do aparelho respiratório	9	4,49	9	4,49	11	5,37	10	4,90
Doenças do aparelho digestivo	2	1,00	4	1,99	1	0,48	6	2,93
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0		0	0	0	0	1	0,48
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	0,50	1	0,50	0	0	0	0
Doenças do aparelho geniturinário	2	1,00	1	0,50	1	0,48	1	0,48
Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-
Algumas afec originadas no período perinatal	1	0,50	2	0,99	2	0,97	2	0,97
Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	1	0,50	1	0,50	2	0,97	1	0,48
Mal Definidas	3	1,50	0	0	0	0	3	1,46
Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios)	23		11	5,49	13	6,35	12	5,86
Total	90	43,95	90	44,94	83	40,51	107	52,33

Fonte:SIM/ DATASUS, 2013

2.3 NASCIMENTOS

A média de nascimentos anual é de aproximadamente 270. Em 2012 foram registrados 275 nascimentos. A maioria dos partos são de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal (84,36%). Este indicador demonstra diretamente na qualidade de vida das crianças e das mães.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Venda Nova do Imigrante, a esperança de vida ao nascer aumentou 10,1 anos nas últimas duas décadas, passando de 65,6 anos em 1991 para 70,7 anos em 2000, e para 75,7 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 75,1 anos e, para o país, de 73,9 anos.

Nascidos Vivos por Consulta de Pré-Natal, por ano de nascimentos

Consulta Pré-Natal	2009	2010	2011	2012
Nenhuma	02	01	00	02
De 1 a 3 consultas	05	02	11	03
De 4 a 6 consultas	53	30	40	38
7 ou mais consultas	213	245	204	232
Ignorado	00	02	01	00
Total	273	280	256	275
Baixo peso ao nascer <2.500g (%)	6,95	10,35	10,15	8,00

Fonte: www.saude.es.gov.br/tabnet 2012

Nascidos Vivos por Idade da Mãe e Ano de Nascimento, 2009 a 2012

Idade da Mãe	2009	2010	2011	2012
10 a 14 anos	0	1	1	1
15 a 19 anos	45	37	41	42
20 a 24 anos	66	82	58	71
25 a 29 anos	88	73	64	68
30 a 34 anos	51	51	48	62
35 a 39 anos	20	25	38	29
40 a 44 anos	3	11	6	2
Total	273	280	256	275

Fonte: DATASUS, 2012

Com relação a idade da mãe, verifica-se que a maioria das gestantes têm idade entre 20 a 24 anos. Em 2012 houve registro de 1 nascimento de mãe menor de 14 anos.

Número e proporção de nascidos vivos com baixo peso de mães classificadas de acordo com o nº de consultas de pré-natal. Venda Nova do Imigrante, 2012

Consultas de Pré-natal	Nascidos Vivos	Baixo Peso	%
Nenhuma	2	0	0,00
De 1 a 3 consultas	3	0	0,00
De 4 a 6 consultas	38	8	21,05
7 ou mais consultas	232	14	6,03
Total	275	22	8,00

Fonte: SINASC, 2012.

Número e percentual de crianças nascidas prematuramente segundo faixa etária da mãe. Venda Nova do Imigrante, 2012.

Idade da mãe	Crianças nascidas até 37 semanas	Nº de nascidos vivos	%
10 a 14 anos	0	1	0,00
15 a 19 anos	6	42	14,28
20 a 24 anos	9	71	12,67
25 a 29 anos	6	68	8,82
30 a 34 anos	11	62	17,74
35 a 39 anos	4	29	13,79
40 a 44 anos	0	2	0,00
Total	36	275	13,09

SINASC, 2012.

Nascidos Vivos por Idade da Mãe e Ano de Nascimento, 2009 a 2012

Idade da Mãe	2009	2010	2011	2012
10 a 14 anos	0	1	1	1
15 a 19 anos	45	37	41	42
20 a 24 anos	66	82	58	71
25 a 29 anos	88	73	64	68
30 a 34 anos	51	51	48	62
35 a 39 anos	20	25	38	29
40 a 44 anos	3	11	6	2
Total	273	280	256	275

Fonte: DATASUS, 2012.

Nº Absoluto de crianças nascidas prematuramente segundo faixa etária da mãe, Venda Nova do Imigrante, 2009 a 2012

Idade da Mãe	2009	2010	2011	2012
10 a 14	-	1	-	-
15 a 19	3	3	5	3
20 a 24	3	8	7	4
25 a 29	8	6	5	2
30 a 34	4	4	3	9
35 a 39	1	5	5	3
40 a 44	0	2	1	1
Total	19	29	26	22

Fonte: Datasus/Tabnet 2012.

2.4 DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

No que se refere às notificações, vale destacar que o serviço de vigilância epidemiológica procura verificar todas as notificações em tempo oportuno, assim como mantém fluxo direto com o hospital Padre Máximo, importante fonte notificadora, assim como com os laboratórios particulares.

Algumas doenças transmissíveis ainda persistem ou foram reduzidas muito recentemente o que necessita ainda de um olhar pra as mesmas. É necessário uma intervenção que procure integrar as áreas de prevenção , controle e a rede assistencial com ações multissetoriais para a prevenção e o controle desse grupo de doenças. Dentre essas doenças destaca-se a malária, a tuberculose, leishmaniose visceral e tegumentar, as meningites, hepatites virais, esquistossomose, leptospirose, acidentes com animais peçonhentos, etc (MS, 2004). Ao observar a tabela a seguir percebe-se que o município registra alto índice de esquistossomose, cuja incidência por 10.000 habitantes passou de 27,87 para 35,70. As localidades responsáveis pelo aumento são Viçosinha e Camargo. Vale ressaltar que o município está em uma região endêmica deste agravo. Merece atenção também o índice para casos de atendimentos anti-rábicos e de acidentes com animais peçonhentos, haja vista que muitas pessoas realizam atividades com a agricultura e não fazem uso de equipamentos de proteção adequado, como por exemplo, calça comprida e sapato fechado. Na incidência por 10 mil habitantes destaca-se a esquistossomose (37,70), a atendimento anti-rábico humano (26,40), e acidentes com animais peçonhentos (23,75), sendo esses os agravos com maior número de notificações confirmadas no ano de 2012. As intoxicações exógenas e as hepatites virais também são preocupantes. Os casos de dengue notificados são todos importados.

**Total de Agravos Confirmados e Incidência por 10 mil habitantes.
Venda Nova do Imigrante, 2011 e 2012**

Agravos	Confirmados 2011	Incidência por 10.000 habitantes	Confirmados 2012	Incidência por 10.000 habitantes
Acidente por animais peçonhentos	61	29,83	48	23,75
Atendimento anti-rábico	42	20,54	54	26,40
Dengue	6*	2,93	5 *	2,44
Doenças Exantemáticas	0	0,00	0	0,00
Esquistossomose	57	27,87	73	35,70
Eventos Adversos Pós-vacinação	2	0,97	1	0,49
Febre Amarela	0	0,00	0	0,00
Hanseníase	3	1,46	2	0,98
Hepatites Virais	12	5,86	10	4,90
Intoxicação Exógena	20	9,78	15	7,33
Leishmaniose Tegumentar Americana	1	0,49	0	0,00
Leptospirose	11	5,37	4	1,95
Malária	0	0,00	1	0,49
Meningite - Doenças Meningocócicas	0	0,97	0	0,00
Meningite - Outras Meningites	2	0,97	1	0,49
Sífilis Congênita	0	0,00	0	0,00
Sífilis em Gestante	2	0,97	0	0,00
Tuberculose	1	0,49	1	0,49
Varicela	28	13,70	2	0,97

Fonte: SINAN, 2012

* Casos importados.

A incidência por hanseníase e tuberculose nos anos de 2011 e 2012 gira em torno de 1,21 e 0,49 por 10 mil habitantes, respectivamente. As ações de vigilância objetivam realizar diagnóstico precoce desses agravos e realiza o tratamento de 100% dos casos. Todas as equipes de Saúde da Família são parceiras na execução das ações de prevenção, controle, vigilância e tratamento, assim como no acompanhamento do tratamento supervisionado.

Controle da Tuberculose e Hanseníase, Série Histórica, 2008 a 2012

Parâmetro	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de Casos Novos de Hanseníase	1	2	3	3	2
Incidência de Hanseníase por 10.000 hab.	0,5	0,99	1,46	1,46	0,98
Nº de Casos Novos de Tuberculose	6	2	0	1	1
Incidência de Tuberculose por 10.000 hab.	3,04	0,99	0,00	0,49	0,49

Fonte: SINAN, 2012.

2.5 DOENÇAS CRÔNICAS

Nas últimas décadas a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) têm se tornado um crescente e sério problema de saúde pública e um desafio para o SUS devido ao aumento de sua prevalência, morbidade e mortalidade. Além de representarem elevados custos médicos e socioeconômicos devido as suas complicações (FILHO, 1997).

A organização mundial de saúde em um estudo recente estimou que até 2030 o número de indivíduos com DM será de aproximadamente 366 Milhões, e cerca de 15% a 20% dos adultos brasileiros já possuem HAS, devido ao controle inadequado dos fatores associados ao desenvolvimento dessas doenças (GOMES, 2009).

Dentre as doenças crônicas, a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus exigem tratamento e controle, além disso, são necessárias mudanças de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias (MIRANZI, 2008).

Buscando melhorar as condições de vida da população com estas patologias, o Município de Venda Nova do Imigrante-ES, está trabalhando para que ocorra a prevenção e o tratamento da Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), sendo primordiais enquanto ações de saúde.

Estas ações tiveram avanços após a implantação do Protocolo Municipal de Hipertensão e Diabetes, que foi elaborado em 2006, que normatiza as atividades realizadas. Além das ações farmacológicas, está a importância de considerar essa terapêutica como a união de intervenções, dentre elas o atendimento realizado pelas equipes do Programa HIPERDIA, que vem a ser o programa que atende aos usuários portadores de HAS e DM. Através deste programa os usuários têm avaliações periódicas de seu estado de saúde por uma equipe Multiprofissional.

Tabela 1. Total da população acompanhada no município de Venda Nova do Imigrante-ES, com Hipertensão, Hipertensão com Diabetes e Diabéticos, segundo Território Sanitário em 2013.

Situação	US Vargem Grande	US S.J. de Viçosa	US Caxixe	US Minete I	US Minete II	US Vila da Mata	Município Geral
População Geral Cadastrada	2085	3756	3479	4042	4310	4978	22650
Hipertensos	258	533	443	424	378	637	2.673
Hipertensos c/ Diabéticos	9	79	75	76	69	131	439
Diabéticos	11	25	25	42	17	5	125
Total	278	637	543	542	464	773	4.152

Fonte: SIAB, 2013.

A Unidade de Saúde da Família com o maior número de pacientes acompanhados é a da US Vila da Mata (773), seguido da US São João de Viçosa (637), US de Caxixe (543), US Minete I (542), US Minete II (464) e US Vargem Grande (278).

Este é um programa importante para saúde pública, pois possibilita o controle da evolução da HAS e DM a fim de evitar as complicações às quais são relacionadas, além de fornecer medicação e acompanhamento dos mesmos.

2.6 IMUNIZAÇÃO

A percentagem da cobertura vacinal no município apresenta-se dentro do pactuado junto ao ministério da saúde. A cobertura da vacina BCG apresenta valor maior que 100% pois todas as crianças nascidas no hospital Padre Máximo são vacinadas ainda na maternidade, conforme preconizado.

As campanhas de vacinação são operacionalizadas pela equipe da vigilância em saúde em parceria com as ESF e colaboradores da Secretaria

Municipal de Saúde. Todas as unidades de saúde e um posto vacinação volante funcionam para atender a população nos dias “D” e pós dia “D”. Além disso, a estratégia municipal conta com transporte em todas as localidades do interior para condução de todos os interessados até aos postos de vacinação.

Cobertura Vacinal por imunobiológico, 2012		
Imunobiológico	Meta Atingida	Meta Anual
Hepatite B	95,97	95%
Pólio	101,83	95%
Tetravalente	98,53	95%
BCG	140,29	90%
Rotavírus	102,20	95%
Tríplice Viral	103,66	95%
Tríplice Bacteriana (DPT)	95,97	95%
Pneumo	98,53	95%
Meningocócia C	95,60	95%

Fonte: SI-API, 2012.

Cobertura Vacinal em Campanhas Anuais, 2013					
Campanhas nacionais		Faixa etária		Total / Meta Atingida	Meta Anual
		< 1 ano	1 a 4 anos		
Polio 1ª etapa	Doses aplicadas	136	1.120	1.138	
	Cobertura vacinal (%)	100	94,26	96,28	95
Influenza			60 anos e mais		
	Doses aplicadas	2.998		1.678	80
	Cobertura vacinal (%)	95%		96,05	

Fonte: SI-API, 2009.

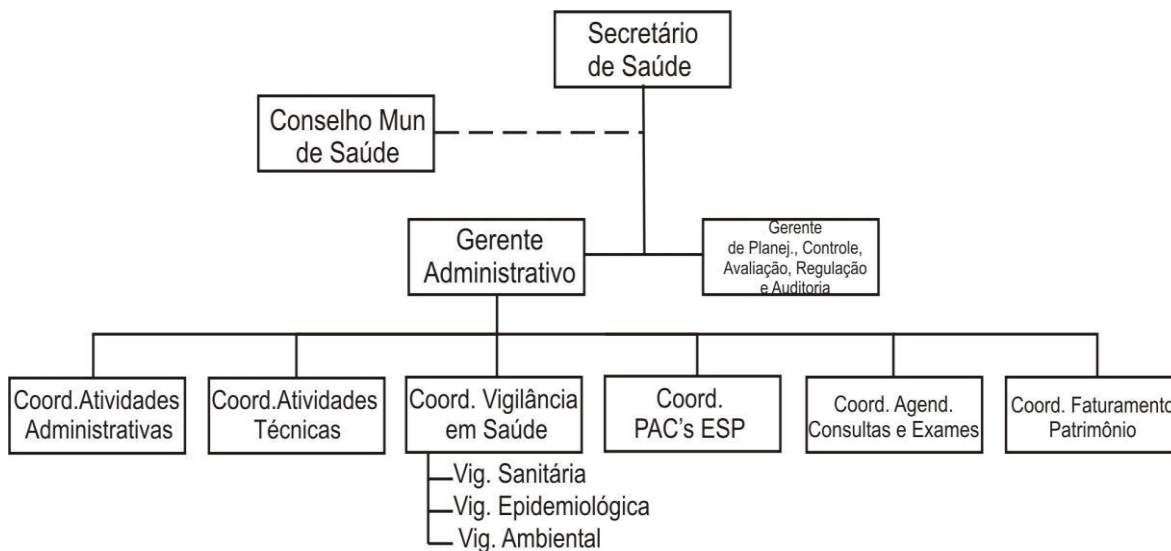
3. GESTÃO EM SAÚDE

A gestão da secretaria municipal de saúde de Venda Nova do Imigrante é Plena do Sistema de Saúde.

O organograma da Secretaria Municipal de Saúde está regulamentado pela Lei Municipal Nº 666, de 12 de dezembro de 2005, em seus artigos 36 a 45, que dispõe sobre a Estrutura Administrativa da Prefeitura Municipal de Venda Nova do Imigrante e dá outras providências. Para melhor atender o crescimento dos serviços e as necessidades da população, o organograma atual passou por análise técnica da auditoria em saúde do município, objetivando adequar a estrutura administrativa e as funções exercidas. Esta análise resultou na proposta

de lei que dispõe sobre a nova estrutura administrativa e foi enviada para análise da assessoria jurídica para posterior aprovação na Câmara Municipal.

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Lei 666/05)



3.1 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O conselho Municipal de Saúde do município de Venda Nova de Imigrante foi instituído pela Lei Municipal Nº 092, de 11 de novembro de 1991, esta passou por alterações dada pelas Leis Municipais Nº 174, de 05 de abril de 1994, Lei 917 de 28/09/2010 e por fim Lei 942 de 12/04/2011 para se fazer as adequações necessárias para atender o preconizado pela resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003 que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão deliberativo e paritário, colegiado com representantes da população, do governo, dos prestadores de serviços, profissionais de saúde e entidades de saúde. O regimento interno foi elaborado em reuniões que se sucederam logo após sua criação podendo este passar por atualização conforme necessário.

O Conselho Municipal de Saúde tem como atividade fim, assessorar a administração com orientações, planejamento, interpretação, julgamento e fiscalização de sua competência, além de coordenar as ações integradas de saúde.

As reuniões ordinárias do CMS ocorrem na primeira quarta-feira de cada mês. No que se referem às reuniões extraordinárias estas são convocadas sempre que necessárias, que ocorrem sempre no auditório da Unidade de Saúde do bairro Minete. A pauta para as reuniões tanto ordinárias como extraordinárias são encaminhadas previamente e por ocasião das reuniões são lavradas a atas que são assinadas pelos membros presentes.

Todas as ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde, assim como as responsabilidades financeiras, passam pela aprovação do CMS.

3.2 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal Nº 091 de 11 de novembro de 1991. Objetiva criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) é uma unidade orçamentária que atua na contabilidade dos recursos financeiros da Secretaria Municipal de Saúde. Possui conta própria no Banco do Brasil onde mensalmente é repassado o percentual os 15% dos recursos próprios e também as transferências federais do Ministério da Saúde.

Os gastos são empenhados em rubricas específicas do Fundo Municipal de Saúde onde todos são analisados e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

4. AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS

4.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

As ações de vigilância em saúde contemplam a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. Essas ações além de previstas e regulamentadas pelo Ministério da Saúde, está descritas na Lei Municipal Nº 843/2009, que Institui o Código de Saúde do Município de Venda Nova do Imigrante-ES.

4.1.1 Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica constitui-se num importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde. Deve fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde que têm responsabilidade de decidir sobre a execução de ações e controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para este fim, informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida (MS, 2006).

A vigilância epidemiológica está inserida na vigilância em saúde. Atende as rotinas estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde. Faz notificação das doenças e agravos em parceria com as portas de entrada, como hospital, laboratórios e unidades de saúde. Todas as portas de entrada possuem fichas de notificação e comunicam imediatamente a vigilância sobre a ocorrência de doenças ou agravos de notificação. Também são realizadas a busca ativa e investigação dos casos.

4.1.1.1 Financiamento

Os recursos destinados para o financiamento das ações da vigilância epidemiológica são provenientes do Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. O componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental refere-se aos recursos destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde –

TFVS, e também pelos seus respectivos incentivo financeiro a que o município está incluído ou outros a que vier a implantar. Também serão investidos recursos do tesouro municipal como forma de complementação financeira.

4.1.2 Vigilância Sanitária

A vigilância sanitária é um conjunto de ações legais, técnicas, educacionais, de pesquisa e de fiscalização que exerce o controle sanitário de serviços e produtos para o consumo que apresentam potencial risco à saúde e ao meio ambiente, visando à proteção e a promoção da saúde da população. A execução de ações de caráter educacional tem ajudado a conscientizar os proprietários dos estabelecimentos e a população a ter uma visão mais crítica sobre o controle higiênico-sanitário dos serviços ofertados.

A programação das ações de vigilância sanitária é uma ferramenta de planejamento na qual estão descritas todas as atividades que a vigilância sanitária realizará durante o exercício de 2014, com suas respectivas metas, resultados esperados e seus meios de verificação assim como os recursos financeiros implicados além dos responsáveis e das parcerias necessárias para a execução dessas ações.

Os recursos financeiros são oriundos do orçamento próprio municipal e do Piso Fixo de Vigilância Sanitária - PFVisa, composto pelo Estruturante e Estratégico.

O campo de atuação da vigilância sanitária é muito amplo e as ações são agrupadas no quadro abaixo.

CONSOLIDADO DOS ESTABELECEMENTOS POR ÁREA DE INTERESSE E EIXO ESTRATÉGICO E ESTRUTURANTE, 2013		
ÁREA	ESTRUTURANTE Grupo I	ESTRATÉGICO Grupo II e III
Serviço de Alimentação	237	50
Serviços de saúde	173	52
Serviço de Interesse à Saúde	10	-
Total	420	102

Fonte: VISA/Municipal

Com relação ao eixo estratégico e estruturante, a VISA de Venda Nova do Imigrante pactuou junto a Secretaria de Estado da Saúde a responsabilidade pela inspeção de 100% dos estabelecimentos do eixo estruturante (antiga baixa complexidade) e parte dos estabelecimentos do eixo estratégico (antiga média e alta complexidade), como consultórios odontológicos, drogarias, consultórios médicos com vacinação, unidades de saúde, entre outros. O serviço de vigilância sanitária municipal é composto por um fiscal de nível médio, um médico veterinário e um enfermeiro.

4.1.2.1 Financiamento

Os recursos financeiros destinados ao financiamento das ações de vigilância sanitária referem-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, ~~denominado Teto Financeiro~~ são o Piso Fixo e Variável da de Vigilância Sanitária ~~—TFVISA~~, e também ~~assim como~~ recursos do tesouro municipal.

4.1.3 Vigilância ambiental

A vigilância ambiental está inserida na vigilância em saúde. Conta com 7 agentes de endemias, 1 agente que realiza análises laboratoriais e 1 supervisor de endemias. Desenvolve ações para controle da dengue, da esquistossomose, leishmaniose, malária, doença de chagas, leptospirose, entre outras.

4.1.3.1 Financiamento

Os recursos financeiros destinados para manutenção das ações de Vigilância Ambiental ~~em saúde~~ são os mesmos que compõem o Teto Piso Fixo e Variável da Financeiro de Vigilância em Saúde, da assistência financeira complementar ACE - 95% e fortalecimento de políticas afetas a atuação da Estratégica de ACE 5%. —TFVS.

4.1.4 Saúde do Trabalhador

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS – (2009), cerca de 45% da população mundial e cerca de 58% da população acima de 10 anos de idade faz parte da força de trabalho. A saúde do trabalhador e a saúde ocupacional são pré-requisitos cruciais para a produtividade e são de suma importância para o desenvolvimento socioeconômico e sustentável.

- 40 -

Os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro são os problemas de saúde ocupacional ligados com as novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados a novas biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas, envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos), incluindo migrantes e desempregados, problemas relacionados com as crescentes mobilidades dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens. A saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos bens individuais, comunitários e dos países. A saúde ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo (OPAS, 2009).

A saúde do trabalhador no município de Venda Nova do Imigrante ainda está em fase de implantação, embora já sejam realizadas algumas ações de caráter principalmente educativo. É necessário a implantação de um programa centrado nos riscos associados ao trabalho, com foco para os riscos da atividade agrícola, como uso indevido de agrotóxicos, exposição excessiva ao sol, uso de equipamentos de proteção individual, também merece destaque setor de rochas ornamentais, a indústrias e os trabalhadores da saúde.

A saúde do trabalhador no município está contemplada na Lei Municipal Nº 843/2009, em sua seção IV. Essa seção relata as competências do SUS frente à saúde do trabalhador que deverão ser desenvolvidas pela Secretaria municipal de saúde.

4.1.4.1 Financiamento

O financiamento das ações relacionadas à saúde do trabalhador são as mesmas do ~~componente do Piso Fixo da Vigilância em Saúde Epidemiológica e Ambiental~~ ~~refere-se aos recursos~~ destinados às ações de Vigilância, Prevenção, Promoção e Controle de Doenças, ~~composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde—TFVS,~~ uma vez que se referem-se a ações de prevenção e promoção à saúde.

4.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As ações do Programa Saúde da Família objetivam manter uma aproximação direta com toda a comunidade, através da realização de visitas domiciliares, atividades de grupos, educação em saúde, campanhas, palestras, consultas e visitas domiciliares realizadas pelos enfermeiros, médicos, odontólogos e Agentes Comunitários de Saúde do programa.

O programa de Saúde da Família em 2005 contava com duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 1 equipe do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). A cobertura do programa ESF era de 32,87% e do PACS de 68,13%. É fato que os trabalhos das equipes de Saúde da Família implicam diretamente sobre os indicadores de saúde, desenvolvendo ações que contemplam os sete eixos prioritários da atenção primária a saúde (saúde da criança, da mulher, do idoso, hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase). As equipes atuam em parceria com a vigilância em saúde, realizando ações preventivas, conforme necessidade de cada localidade. Além disso, há também, inserido na equipe de saúde da família, a saúde bucal, que realiza atividades assistenciais e de prevenção às doenças bucais.

Atualmente o município conta com 6 equipes de ESF, com cobertura de 100%. Há 6 médicos, 6 enfermeiros, 5 odontólogos, 6 auxiliares de enfermagem, 5 auxiliares de odontologia e 51 agentes comunitários de saúde. Todas as equipes possuem veículo para realizar os trabalhos em seus territórios sanitários. Os ACS possuem bicicletas, disponibilizadas pela secretaria de saúde, para realizarem suas visitas domiciliares. As equipes de ESF estão situadas nas unidades de saúde de São João de Viçosa, Vargem Grande, Alto Caxixe, Minete (02 equipes) e Vila da Mata.

Nota-se a mudança de comportamento, junto a comunidade, fazendo-a co-responsável da promoção em saúde, transformando a realidade, com educação em saúde, enfatizando a prevenção e os cuidados básicos com a saúde e a conseqüente melhora na qualidade de vida da população, ocorreram mudanças positivas nos indicadores de saúde na população de Venda Nova do Imigrante.

4.2.1 Financiamento

O financiamento das ações da Saúde da Família compõe o PAB Fixo e Variável do Bloco financeiro de Atenção Básica, nos termos da Portaria 204/2007.

4.3 SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

O programa de assistência integral à saúde da mulher e da criança busca oferecer uma assistência humanizada e integral, analisando cuidadosamente as necessidades e características em todos os aspectos.

O objetivo maior do programa é identificar e solucionar as necessidades de cada mulher e criança, baseando-se em sua história e em todas as fases de sua vida.

O programa de assistência integral à saúde da mulher e da criança tem como área de atuação em nosso município:

- Assistência ao pré-natal e puerpério;
- Vinculação das gestantes a maternidade de referência
- Grupo educativo com gestantes e familiares
- Prevenção do câncer de colo uterino e detecção do câncer de mama, conforme Protocolo de Saúde da Mulher e normativa do MS;
- Planejamento Familiar.
- Atividades educativas como DST e Aids
- Campanhas como Outubro Rosa
- Puericultura
- Grupos educativos para as mães visando desenvolvimento e acompanhamento das crianças até 24 meses.
- Imunização
- Visita mensal com equipe multiprofissional às creches

4.4 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

4.4.1 Programa Bolsa Família

O Bolsa Família (BF) é um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 140 (cento e quarenta) reais mensais, que associa à transferência do

benefício financeiro do acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social.

O município deve acompanhar as famílias beneficiárias que assumem compromissos (condicionalidades) na área da saúde como a manutenção da carteira de vacinação em dia de crianças menores de sete anos de idade, pré-natal em dia das gestantes, aferição do peso e estatura, acompanhamento do estado nutricional deste público e da saúde e do bebê e outros.

Há um período de registro no sistema do BF web para a inserção dos dados do município referente ao acompanhamento das condicionalidades da saúde primeira vigência (janeiro a junho) e segunda vigência (julho a dezembro)

As famílias que não cumprem as condicionalidades estão sujeitas aos efeitos decorrentes do descumprimento estabelecidos pela Portaria nº 321 de 2008GM/MDS, que são gradativos e variam desde uma advertência escrita, bloqueio e suspensão do benefício, podendo chegar ao seu cancelamento.

O acompanhamento eficaz da Saúde, Educação e Assistência Social reflete em melhorias na qualidade de vida das famílias beneficiárias e além de possibilitar o recebimento de mais recursos do Índice de Gestão Descentralizada (IGD) para investimento nas ações de gestão do Programa Bolsa Família.

Com a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, um dos indicadores que subsidiarão a avaliação externa dos municípios e das Equipes de Atenção Básica (EAB) aderidos é “Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família”.

Assim, os municípios que tiverem EAB aderidas ao PMAQ deverão informar no sistema do BF, a “área/micro área/profissional” responsável pelo acompanhamento das famílias. A falta desta informação refletirá negativamente no indicador do PBF que compõe a avaliação externa para os municípios que aderiram ao PMAQ.

Total de Famílias com Perfil Saúde da Bolsa Família e Acompanhadas, e o percentual de acompanhamento segundo os semestres, 2012.							
Vigência	Total de famílias com perfil saúde	Total de famílias acompanhadas	%	Famílias parcialmente acompanhadas	Famílias Localizadas não acompanhadas	Famílias não Localizadas	Famílias não visitadas
1º semestre	892	865	96,97	0	17	01	09
2º semestre	1.136	1.124	98,94	01	0	0	11

Fonte: PROGRAMA BOLSA FAMILIA, 2012

4.4.2 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um instrumento para obtenção de dados de monitoramento do Estado Nutricional e do Consumo Alimentar da população que frequenta as Unidades Básicas do SUS.

A obtenção desses dados é um importante instrumento para o diagnóstico e a avaliação contínua da situação de Segurança Alimentar e Nutricional do público assistido no município e para a consolidação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Dentre as ações realizadas, destacam-se:

- Palestras de educação nutricional para: grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes, palestras em dias comemorativos ou alusivos como o câncer de mama e próstata, HAS, DM, obesidade, dia da alimentação saudável;
- Contamos com a assistência de um profissional Nutricionista da ESF que realiza consultas individuais e acompanhamento em grupo dos indivíduos em risco nutricional, identificados através do monitoramento do SISVAN pela Nutricionista responsável pelo programa, em todas as UBS com

enfoque nos grupos mais propícios a risco nutricional como gestantes e crianças de 0 a 5 anos.

São contempladas pelo SISVAN todas as fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

O SISVAN também possibilita o acompanhamento e a avaliação do estado nutricional de famílias beneficiárias de programas sociais como o Bolsa Família.

Total da População assistida e acompanhada pelo SISVAN, 2012				
Ano	Público	Total a ser assistido	Acompanhados	%
2012	Crianças (0 a 9 anos)	2.688	1.167	43,41
	Adolescentes (10 a 19 anos)	3.721	402	10,80
	Adultos (20 a 59 anos)	13.463	1.226	9,10
	Idosos (60 a 80 anos e mais)	2.501	0	0
	Gestantes (adolescentes e adultas)	176	170	96,59
	TOTAL	22.549	2.965	13,14

Fonte: SISVAN, 2012; SIAB, 2012.

No ano de 2012 foram assistidas 1.207 crianças menores de cinco anos, destas 575 foram acompanhadas pelo programa sendo que seis destas apresentaram baixo para a idade o que representa um percentual de 1,04.

4.4.3 Programa Nacional de Suplementação de Ferro

A suplementação profilática com sulfato ferroso é uma medida com boa relação de custo efetividade para a prevenção da anemia. No Brasil, são desenvolvidas ações de suplementação profilática com sulfato ferroso desde 2005 – Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), para todas as crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ácido fólico.

A suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação é recomendada como parte do cuidado no pré-natal para reduzir o risco de baixo peso ao nascer da criança, anemia e deficiência de ferro na gestante (WHO, 2012).

Ressalta-se que a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar para a prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural e deve ser mantida durante toda a gestação para a prevenção da anemia (FEBRASGO, 2012; WHO, 2012).

A aquisição dos medicamentos do PNSF foi descentralizada, a partir da publicação da Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013, que define as normas de financiamento e de execução do componente básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Com a descentralização do Programa, o sistema de gestão que era utilizado para monitoramento do PNSF não atenderá mais a demanda atual. Por esse motivo, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição informa que os Estados e municípios deverão monitorar o PNSF via Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - [HORUS](#), o Sistema de Informações da Atenção Básica - [e-SUS](#) Atenção Básica e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – [PMAQ](#).

O monitoramento do acompanhamento da população assistida que era realizado pela Vigilância Alimentar e Nutricional via sistema web está bloqueado desde o dia 28 de junho de 2013 e está sendo reformulado.

O levantamento de dados da suplementação de ferro depende do alcance da meta da assistência farmacêutica na dispensação individual e unitária. Desta

maneira podem-se levantar dados do perfil do paciente, usuário e das medicações do PNSF.

A partir de agora o município será responsável pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos suplementos de sulfato ferroso e ácido fólico que deverão estar gratuitamente disponíveis nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde, do município.

4.5 SAÚDE BUCAL

A saúde bucal é um dos pilares da Atenção Primária em Saúde, a Odontologia vendanovense é formada por onze profissionais cirurgiões-dentistas e dez profissionais atuando como auxiliar de saúde bucal, sendo nove consultórios odontológicos, distribuídos em cinco Unidades Básicas de Saúde; cinco das seis equipes de Estratégia de Saúde da Família de nosso município tem equipes de Saúde Bucal.

Em 2012 a média de escovação dental supervisionada foi de 12,89% e a cobertura de primeira consulta odontológica programática foi de 23%. Durante o ano de 2013 participou da escovação dental supervisionada um grupo de 3289 alunos, sendo 957 na área do Minete, 552 na Vila da Mata, 716 no Caxixe, 697 em São João de Viçosa e 367 em Vargem Grande. A proporção de exodontia em relação aos procedimentos individuais em 2012 foi de 4,15%.

O tratamento de canal de elementos unirradiculares é ofertado pelo sistema, no ano de 2011 foram realizados 45 destes procedimentos, em 2012 foram 33.

O programa de saúde bucal objetiva realizar ações com enfoque na prevenção e promoção através de procedimentos assistenciais cirúrgicos, endodônticos, de restauração e ações educativas com enfoque preventivo. O serviço é realizado em todas as Unidades de Saúde.

4.6 SAÚDE DO IDOSO

Segundo a Organização mundial de Saúde, entre 1950 e 2025 a população de pessoas idosas de um modo geral, crescerá no país 16 vezes contra cinco

vezes a população total. O estado do Espírito Santo e o município de Venda Nova do Imigrante não ficam fora desta previsão, motivo esse que leva a secretaria municipal de saúde a otimizar e direcionar seu serviço de saúde a esta população alvo, que são as pessoas maiores de 60 anos de idade.

Como princípio básico, deve-se ter a acessibilidade, a população idosa ao Sistema Único de Saúde, prioritariamente através da estratégia saúde da família e das unidades básicas de saúde. Os ACS devem identificar a população idosa (60 anos e mais) e direcioná-la para avaliação médica no mínimo anual. Para tanto, faz-se necessário a criação e estruturação mínima da coordenação do programa de saúde do idoso no município, assim como equipar com recursos materiais e humanos e elaborar um plano de ações e metas com objetivos específicos, conforme determina as linhas-guias do estado do Espírito Santo para a Saúde da Pessoa Idosa.

4.7 SAÚDE MENTAL

A saúde mental é hoje uma política específica do MS e prioritária, visto que segundo o MS 1/5 das pessoas são de alguma forma afetada, ao longo de suas vidas, por problemas mentais, psicológicos ou neurológicos, e que 10% da população geral necessita de acompanhamento, mesmo que eventual. Ressalta-se ainda que a atenção básica é responsável por suprir 80% das necessidades de saúde da população, incluindo aí a saúde mental.

Segundo as Diretrizes Guias da Saúde Mental (SESA-ES, 2008) as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família devem se estruturar para realizarem o acompanhamento / atendimento das urgências de baixa gravidade / complexidade e estarem qualificadas para esse atendimento, com trabalhos intersetoriais. A rede de saúde mental já está desenhada no Estado do ES e cabe ao município estruturar-se para desenvolver as ações pertinentes a ele.

4.8 SAÚDE DO HOMEM

Seguindo a lógica da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, lançada pelo Ministério da Saúde (2008), com base no longo anseio da

sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um dos principais objetivos da política nacional é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas de saúde e de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (MS, 2008).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. O MS vem cumprir seu papel de nortear ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

Ainda segundo o MS (2008) vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior.

4.9 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica é entendida pela administração pública de Venda Nova como parte importante de saúde e componente fundamental para a efetiva estratégia e estruturação da Atenção à Saúde do cidadão no contexto do Sistema Único de Saúde. A Assistência Farmacêutica é parte indissociável da linha de cuidados à saúde, especialmente quanto à prevenção dos agravos e promoção da saúde, tanto individual quanto coletiva, de maneira a contribuir decisivamente na melhoria da qualidade de vida e positivamente nos indicadores epidemiológicos.

A Política Nacional de Medicamentos tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A resolubilidade do Sistema Único de Saúde tem como fator decisivo a promoção do uso racional dos medicamentos associada à garantia de acesso a medicamentos de qualidade, eficazes, seguros, de interessante custo-efetividade e que seja disponível no mercado de forma a garantir a continuidade do fornecimento.

Por outro lado, a disponibilização do acesso ao medicamento de qualidade à população é uma ação complexa que necessita de planejamento e de intervenção sistêmicas e bem articuladas. As políticas públicas de medicamentos devem ser baseadas em uma relação de Medicamentos Essenciais definidas de acordo com o perfil epidemiológico do município tendo como instrumento orientador a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME - e o Formulário Terapêutico Nacional – FTN – e de sua atualização permanente que atenda às novas demandas epidemiológicas da população alvo e os avanços nas condutas terapêuticas.

O município de Venda Nova do Imigrante publicou uma Portaria da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2012, publicando a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais como forma de garantir a oferta de medicamentos aos usuários do serviço do SUS durante todo o ano.

A publicação da Portaria MS/GM Nº 533, de 28 de março de 2012, estabeleceu o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, em especial em seus anexos I e IV. Consecutivamente houve a publicação da Portaria MS/GM Nº 1.555, de 30 de julho 2013, que redefiniu as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. As principais alterações no financiamento foram a inclusão do repasse para o Programa de Combate ao Diabetes juntamente com o bloco do Componente da Assistência Farmacêutica Básica, no entanto, sem reajuste nos valores e a descentralização do Programa de Suplementação de Ferro para os municípios, que assumiram todas as etapas do programa.

A comissão de Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº 185 – P, de 24 de agosto de 1993, em reunião conjunta com a Assembléia do COSEMS – ES, publicou a Resolução CIB nº 200/2013, em seu Anexo I publica uma proposta de incremento do Financiamento Estadual para o Incentivo ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, incentivo este baseado no PECAPS 2012 adquiriu a seguinte distribuição de recurso:

Repasse Federal Fundo a Fundo: R\$ 5,10 per capita por ano;

Repasse Estadual Fundo a Fundo: R\$ 3,90 per capita por ano;

Contrapartida Municipal Pactuada: R\$ 3,00 per capita por ano.

Desta maneira a pactuação da Comissão de Intergestores Bipartite é de se utilizar R\$ 12,00 por ano por habitante no município de Venda Nova do imigrante.

Os recursos gastos no ano de 2012, ainda não sujeitos a Portaria MS/GM Nº 1.555, com a Assistência Farmacêutica Básica no município de Venda Nova do Imigrante por sua fonte de origem foram os seguintes:

Repasse Federal Fundo a Fundo: R\$ 102.142,80;

Repasse Estadual Fundo a Fundo: R\$ 60.084,00;

Contrapartida Municipal: R\$ 470.927,13;

A contrapartida municipal no ano de 2012 foi de R\$ 23,03 per capita por ano considerando a população de 20.447 habitantes.

Em 2009 foi implantada a Farmácia Cidadã através de convênio entre o município de Venda Nova do Imigrante a Secretaria de Estado da Saúde. A Farmácia Cidadã é mantida pela Secretaria de Estado da Saúde e presta atendimento ao município de Venda Nova do Imigrante e municípios de referência.

4.10 FISIOTERAPIA

A atenção fisioterapêutica propicia o desenvolvimento de ações preventivas primárias, secundárias e terciárias. Mesmo antes de a doença atingir o horizonte clínico, ou seja, de exibir sinais e sintomas, podem ser desenvolvidas

intervenções preventivas. No âmbito da saúde comunitária, podem ser desenvolvidas ações preventivas visando minimizar as disfunções decorrentes de doenças crônicas degenerativas.

Por esses motivos a Secretaria Municipal de Saúde vem se estruturando para criar o serviço de fisioterapia municipal e estruturando um espaço adequado com equipamentos e pessoal para prestar esse serviço.

4.11 RECUSOS HUMANOS

A coordenação responsável pelo gerenciamento dos recursos humanos da Secretaria de Saúde é a coordenação administrativa. O nível central de controle do RH está na sede da prefeitura municipal.

O quadro de pessoal da secretaria de saúde vem aumentando a cada ano, fruto da introdução de novos programas ministeriais e do crescimento populacional. Este crescimento no número de servidores requer sistemas de monitoramento e controle de atividades mais complexas e dinâmicas, a fim de garantir um ambiente de trabalho mais humanizado e agradável para o desenvolvimento das ações.

A política de recursos humanos ainda está em fase de estruturação e vem direcionando as ações para um maior controle, maior monitoramento de freqüências e produções, além de investir na educação continuada e permanente dos servidores da saúde.

4.12 SERVIÇOS DE APOIO LOGÍSTICOS

Os serviços de apoio são entendidos como lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, no caso do apoio logístico esses podem ser definidos como soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra-fluxos da informação, produtos e usuários (SESA, 2008). Na secretaria municipal de saúde, destaca-se fortemente a estruturação do transporte sanitário para atendimentos ambulatoriais, dentro e fora dos limites municipais, transporte de servidores do quadro funcional, de

resíduos sólidos das unidades de saúde e materiais de consumo e permanente. Também estão inseridos neste sistema os serviços de almoxarifado e patrimônio, de recursos materiais, o Cartão SUS, a central de regulação e os prontuários clínicos.

A secretaria municipal de saúde objetiva se estruturar administrativamente no sentido de prover recursos necessários para a lógica do funcionamento ótimo desses sistemas, com a implantação de sistemas tecnológicos desenhados adequadamente para a realidade local.

4.14 CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

Baseado nos termos da Lei Federal Nº 8.080/90, em seu *Caput* III, Art. 10, que respalda as ações dos consórcios, como solução de problemas na área de saúde com relação ao atendimento de clínica médica especializada, facilitando o acesso dos usuários, foi criado o Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIM – Pedra Azul, no ano de 1998.

Desde então o consórcio de saúde entre o município da região de montanhas tem se estruturado na oferta de atendimentos médicos especializados. O quadro abaixo demonstra o quantitativo de consultas por especialidade no ano de 2009.

Total de Consultas por Especialidades Médicas realizadas através do Consórcio CIM Pedra Azul, 2013	
Especialidade	Nº Consultas
Consulta pré-anestésica	181
Dermatologia	766
Neurologia	905
Oftalmologia	559
Ortopedia	1.394
Otorrinolaringologia	1.099
Psiquiatria	958
Urologia	114
Angiologia	443
Total de Atendimentos	6.419

Fonte: CIM PA, 2013

O consórcio é mantido com repasses financeiro feito pelos municípios integrantes através de contrato de rateio. Os atendimentos acontecem de forma

aleatória em unidades de saúde dos municípios integrantes, dessa forma todos os municípios recebem os atendimentos dos médicos especialistas sem necessidades de deslocar seus usuários.

4.13 GESTÃO

A estrutura administrativa da secretaria municipal de saúde está contemplada na Lei municipal Nº666/05. A secretaria municipal de saúde consta com Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) próprio. Os recursos financeiros são ordenados pela secretária municipal de saúde.

A secretaria de saúde busca atuar de forma participativa junto aos servidores na tomada de decisões estratégicas. Dessa forma prioriza o comprometimento dos envolvidos no processo de trabalho.

4.14 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

As atividades da auditoria concentram-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas, acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Consistem em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando-a a um modelo definido.

A auditoria é um conjunto de atividades desenvolvidas tanto para controle – auditoria operacional - quanto para avaliação de aspectos específicos e do sistema- auditoria analítica.

No município de Venda Nova do Imigrante o serviço de controle e auditoria está respaldado através da lei municipal Nº 449/2000, que institui o serviço municipal de controle avaliação e auditoria, componente do sistema nacional de auditoria de saúde pública, e alterado pela lei municipal nº 508/2001. O Serviço Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria, serão exercidas por uma Equipe Multidisciplinar, composta de um médico, um contador ou técnico em contabilidade, um enfermeiro ou auxiliar de enfermagem e um técnico de informática ou digitador, profissionais pertencentes ao quadro de servidores Municipais, designados por Decreto do Prefeito Municipal.

5. MATRIZ DE DETALHAMENTO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS E AÇÕES E METAS PARA O QUADRIÊNIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MATRIZ DE DETALHAMENTO DO PLANO PLURIANUAL DE SAÚDE

DIRETRIZ I – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

1- Objetivo Estratégico: Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso Atenção Básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF)

Objetivos Específicos	Órgão Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Manutenção de 100% do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde existentes.	Gerente Administrativo da SMS e Enfermeiros das ESF	Número de Unidades de Saúde em funcionamento no município	100%	100%	100%	100%
Contratar profissionais de saúde conforme a necessidade e capacidade da rede de serviços	Coordenação de Recursos Humanos	Profissionais de saúde contratados	X	X	X	X
Contratar Agentes Comunitários de Saúde (ACS) conforme territorialização municipal	Coordenação da Estratégia Saúde da Família	Agente Comunitário de Saúde contratado	X			
Qualificar e capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para atuar na função, integrado com as demais áreas técnicas da SEMUS	Coordenação da Estratégia Saúde da Família	Agentes Comunitários de Saúde capacitados	02	02	02	02
Realizar classificação das famílias cadastradas segundo risco familiar	Coordenação da Estratégia Saúde da Família e ESF	Classificação realizada	100%	100%	100%	100%

2-Objetivo Estratégico: Redução das internações sensíveis a Atenção Primária

Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Reduzir o número de internações sensíveis a atenção básica em 6% nas quatro anos.	Coordenação da Estratégia Saúde da Família e ESF	Proporção de internação por causas sensíveis a Atenção Básica ao ano	39%	39,20%	39%	38,50%
Acompanhar hipertensos e diabéticos, casos de neoplasias, e doenças diarreicas e seus fatores de risco nas Unidades Básicas de Saúde	Estratégias Saúde da Família	Número de pacientes Acompanhados	x	x	x	x

3-Objetivo Estratégico: Ampliar a cobertura de Saúde Bucal

Objetivos Específicos	Responsável/Órgão Envolvidos	Indicador de Monitoramento do objetivo e/ou produto	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Aumentar o número de Equipe de Saúde Bucal	Gerência Administrativa	Equipe de Saúde Bucal Contratada	x	x		
Manter cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal	Coord. Saúde Bucal	População estimada atendida	100%	100%	100%	1000
Manter a média de ação coletiva de escovação supervisionada	Coord. de Saúde Bucal	Percentual de atendimentos de escovação supervisionada	10%	12%	12%	12,50%

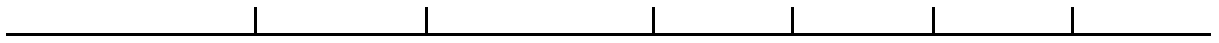
Implementar e revisar as ações de escovação dental supervisionada	Coord. Saúde Bucal	Plano de Ação revisado e implantado	x	x	x	x
Aumentar o número de primeira consulta odontológica programática	Coord. Saúde Bucal	Número de primeira consulta programática	17%	17,50%	18%	18,00%
Monitorar tratamentos concluídos e primeira consulta odontológica	Coord. Saúde Bucal	Razão entre primeira consulta e tratamento concluído	65%	65%	65%	65%
Diminuição da exodontia em relação aos procedimentos individuais	Coord. Saúde Bucal	Proporção de exodontia realizada em relação aos procedimentos	4%	3,80%	3,80%	3,60%
Construção de escovódromo na Unidade de Saúde de São João de Viçosa	Coord. Saúde Bucal	Escovódromo construído	x			
Revisar e implementar protocolo de saúde bucal na 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde	Coord. Saúde Bucal	Protocolo implantado	x	x	x	x
Adesão o Programa Brasil Sorridente	Coord. Saúde Bucal	Programa Brasil Sorridente implantado	x			
4-Objetivo Estratégico: Ampliar a rede de saúde por meio da construção, ampliação e reforma das APS						
Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Aquisição de terreno para construção de Unidade de Saúde Caxixe e Centro	SMS	Terreno adquirido	x	x		
Construção de Unidade Básica de Saúde	SMS	Unidade Básica de Saúde construída		x	x	
Compra de materiais e equipamentos para a Unidade Básica de Saúde	SMS	Materiais e equipamentos adquiridos		x	X	
Construção de salas de fisioterapia	SMS	Sala de fisioterapia construída		x		
Aquisição de materiais e equipamentos para sala de fisioterapia	SMS	Materiais e equipamentos adquiridos		x	X	X
Reformar e ampliar três unidades Básicas de Saúde	SMS	Unidades de Saúde reformada e ampliada	x	x	X	x
Construção de espaço físico para implantação do Programa Academia da Saúde	SMS	Espaço físico construído		x	x	
Construção de espaço físico próprio para a Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	SMS	CAF construída			X	
5-Objetivo Estratégico: Garantir o acesso da população aos serviços da Atenção Especializada						
Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Manter o funcionamento do Laboratório Público Municipal de Análises Clínicas.	Coordenação de laboratório	Número de exames laboratoriais realizados	x	x	x	x
Repasse de recursos financeiros para CIM Pedra Azul	Gerência de Monitoramento	Ofertas de consultas e exames especializados	x	x	x	X
Aquisição de exames laboratoriais especializados não fornecidos pelo laboratório municipal para complementação da rede	Coordenação de Compras	Número de exames laboratoriais ofertados	x	x	x	x
Aquisição de exames especializados de imagem (RX e US) em complementação à rede SUS	Coordenação de Compras	Número de exames de imagem adquiridos	x	x	x	x
Aumentar o número de atendimentos ambulatoriais de média complexidade para a população residente	Gerência de Monitoramento	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	1,24%	1,31%	1,35%	1,40%
Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicos de MC e na população residente	Gerência de Monitoramento	Razão de internação clínico cirúrgico de MC e população residente	4,43%	4,67%	4,70%	4,80%

Manter contratualização de serviços	Gerência de	Proporção de serviços	100%	100%	100%	100%
-------------------------------------	-------------	-----------------------	------	------	------	------

hospitalares	Monitoramento	hospitalares com contrata de metas firmado				
6-Objetivo Estratégico: Fortalecer e ampliar os mecanismos de regulação assistencial com ênfase na regulação de acesso						
Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Implantar serviço de regulação	Coordenação de Regulação	Serviço de regulação implantado	x			
Elaborar e implantar protocolos e fluxos de regulação da assistência	Coordenação de Regulação e das ESF	Protocolos e fluxos elaborados e implantados				
Revisar protocolos e fluxos de regulação e assistência da Secretaria Municipal de Saúde	Coordenação de Regulação e das ESF	Protocolos e fluxos revisados		x	x	x
Informatizar a rede de serviços municipais de saúde interligados com sistema informatizado para agendamento, cadastramento, faturamento, imunização, controle de medicamentos – dispensação e almoxarifado, e vigilâncias	SMS	Nº de US com rede informatizada estruturada implantada	x	x	x	x
Implantar o Apoio Institucional aos profissionais de forma sistemática	SMS	Apoio institucional implantado	x			
Implementar a Política Nacional de Humanização (PNH)	SMS	PNH implantado	x	x	x	x
7-Objetivo Estratégico: Ampliar o acesso com qualidade na Atenção Primária, segundo programa prioritários de governo						
Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Implementar o Programa Saúde na Escola - PSE	Coordenação de Programas	Programa implementado	x	x	x	X
Implantar a Política Nacional Atenção Integral a Pessoa com Deficiência	Coordenação de Programas	Unidades de Saúde com política implantada e protocolo elaborado	01	02	03	04
Ampliar o Programa Olhar Brasil	Coordenação de Programas	Programa ampliado	X			
Implantar laborar protocolo referente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH	Coordenação de Programas	Unidades de Saúde com política implantada	01	02	03	04
Implantar NASF 1	Coordenação de Programas	Programa NASF 1 implantado	x			
Monitorar o PMAQ			X	x	x	x
Monitorar PCAPs			X	x	x	X
Implantar Projeto Amamenta Alimenta Brasil			X			
Implementar e ampliar o Telesaude em todas as Unidades			1	1	1	1

Diretriz II – Aprimoramento da Rede de Atenção a Urgência						
1- Objetivo Estratégico: Implementar a rede de atenção às urgências						
Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Manutenção do SAMU	Gerência Administrativa	SAMU funcionando	x	x	x	x
Implantar nas Unidades de Saúde Serviços de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras	Coordenação ESF	Número de UBS com serviço de notificação implantado	01	02	01	01

Diretriz III – Promoção da atenção à saúde da mulher e da criança e implantação da “Rede Cegonha”						
1- Objetivo Estratégico : Fortalecer as ações de atenção à mulher e à criança com qualidade e resolubilidade						
Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Atualizar o protocolo de saúde da criança	Equipe ESF e pediatria	Padronizar atendimento e condutas	x	x	x	x
Busca ativa das crianças em situação de risco e vulnerabilidade	Equipes ESF	Diminuição de índice de crianças com baixo peso e de mortalidade	x	x	x	x
Realizar visitas as creches municipais	Equipes ESF	Acompanhar e monitorar	11/ano	11/ano	11/ano	11/ano
Garantir visita ao recém-nascido até o sétimo dia de vida	Equipes ESF	Diminuição do índice de mortalidade	70%	80%	90%	100%
Garantir teste do olhinho aos RN	Coordenação de programas	Percentual de testes realizados	100%	100%	100%	100%
Garantir teste do pezinho em todos os RN do terceiro ao sétimo dia de vida	Coordenação de programas	Percentual de testes realizados	100%	100%	100%	100%
Garantir consulta mensal às crianças até 24 meses de vida	Equipes ESF	Percentual de consultas realizadas	60%	65%	70%	75%
Manter cobertura vacinal básica em todas as UBS	Vigilância Epidemiológica	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinais alcançadas	76%	76%	76%	76%
Oferecer consulta com odontólogo até 12 meses de vida	Equipes ESF	Percentual de consultas realizadas	70%	75%	80%	80%
Oferecer consultas com nutricionista no sexto mês de vida	Equipes ESF	Percentual de consultas realizadas	70%	80%	90%	100%
Realizar palestras sobre a aleitamento materno nas Unidades de Saúde	Equipes de ESF	Número de palestras realizadas	02 palestras ESF/ano	02 palestras ESF/ano	02 palestras ESF/ano	02 palestras ESF/ano
Garantir a suplementação de ferro e vitamina A para prevenção de anemias e hipovitaminoses em crianças de 6 a 18 meses de idade.	Equipes da ESF	Percentual de Crianças Acompanhadas	90%	90%	90%	90%
Garantir a cobertura do SISVAN em crianças menores de 05 anos	Nutricionista		60 %	70 %	75 %	80 %
2- Objetivo Estratégico: Organizar a rede de atenção a saúde materno e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade						
Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	2014	2015	2016	2017
Qualificar os profissionais da atenção primária para prestar atendimento com maior qualidade à gestante e à criança	Coordenação de Programas	Profissionais qualificados	02/ano	02/ano	02/ano	01/ano
Monitorar casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Coordenação de Programas	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	1005	100%	100%	1100%
Oferecer Testes Rápidos de gravidez, sífilis, HIV nas Unidades Básicas de Saúde.	Coordenação de Programas	Número de testes realizados por gestantes	02/gestantes	02/gestantes	02/gestantes	02/gestantes
Ofertar testes rápido de urina nas UBS á mulheres	Coordenação de Programas	Diminuir riscos com a	100%	100%	100%	100%



Realizar palestras para as gestantes acompanhadas pelas UBS com ênfase no parto normal	Coordenação de Programas	Orientação as gestantes	100%	100%	100%	100%
Implementar visitas das gestantes na maternidade de referência	Coordenação de Programas	Segurança e programa de orientação as gestantes	100%	100%	100%	100%
Captação as gestantes precocemente até 12 semanas de gestação	Coordenação de Programas	Diminuir riscos com a	x	x	x	x
Vincular as gestantes da UBS à maternidade de referência conforme preconizado pela rede cegonha	Coordenação de Programas	Humanização dos serviços	100%	100%	100%	100%
Pactuar fluxos de referência e contra-referência de gestantes e RN de alto risco	Coordenação de Programas	Garantia de atendimento e diminuição dos riscos do parto e PN	100%	100%	100%	100%
Classificar risco das gestantes cadastradas em todas as UBS	Coordenação de Programas		100%	100%	100%	100%
Atualizar o Protocolo de saúde à atenção a mulher em consonância com a rede cegonha	Coordenação de Programas	Padronizar atendimentos e consultas	x	x	x	x
Garantir as gestantes inscritas no Sis Prenatal vacinas de Tétano e Hepatite B nas UBS	Coordenação de Programas	Diminuição dos riscos _____ no parto	100%	100%	100%	100%
Incentivar o Pre Natal do Homem nas UBS	Coordenação de Programas	Humanização dos serviços	x	x	x	x
Ofertar exames de imagem às gestantes conforme rede cegonha	Coordenação de Programas	Diminuição dos riscos	100%	100%	100%	100%
Garantir consulta odontológica as gestantes cadastradas no Sis Prenatal	Coordenação de Programas		100%	100%	100%	100%
Implementar grupos de gestantes em todas as UBS	Coordenação de Programas		100%	100%	100%	100%
Garantir sete consultas ou mais de pré natal a todas as gestantes cadastradas	ESF	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	85%	85,5%	83%	83%
Aumentar a proporção de partos normais	ESF/SMS/HPM	Proporção de partos normais	34,92%	35,82%	34%	34%
Contratualizar metas quantitativas e qualitativas que induzam a incorporação de práticas de atenção ao parto e nascimento com qualidade	SMS	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	1	1	1	1
Investigar óbitos em menores de 01 ano	Vigilância Epidemiológica	Óbito infantil investigado	90%	90%	90%	90%
Investigar óbitos maternos	Vigilância Epidemiológica	Óbitos maternos investigados	100%	100%	100%	100%
Investigar óbitos em mulheres em idade fértil	Vigilância Epidemiológica	Óbitos MIF investigados	90%	95%	95%	95%
Manter cobertura vacinal básica em todas as UBS	Coord ESFe SIS?PNI	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com cobertura vacinais alcançadas	De acordo com o preconizadoMS	De acordo com o preconizadoMS	De acordo com o preconizadoMS	De acordo com o preconizadoMS

3 Objetivos Estratégicos: Fortalecer e ampliar ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno dos CA de mama e colo de útero

Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Ampliar a oferta de		Razão de exames	1,35	1,36	95%	1,00

exames citopatológico na faixa etária de 25 a 64 anos		citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos				
Realizar mamografias em mulheres de 50 a 69 anos			0,82	0,85	0,55	0,55
Realização de exames para busca ativa de câncer de mama			100	100	100	1000

Diretriz IV: Garantia da atenção à pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

1-Objetivo Estratégico: Qualificar a atenção à saúde do idoso

Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Implementar a Caderneta de Saúde do Idoso em todas as unidades de atenção primária à saúde	Coordenação dos programas	Caderneta implantada		X		
Qualificar os Agentes Comunitários de Saúde sobre atenção à saúde do idoso e preenchimento da caderneta de saúde do idoso	Coordenação dos programas	Agentes comunitários de Saúde capacitados	x	X	x	X
Monitorar Idosos de risco e acompanhá-los na atenção primária e especializada	Coordenação dos programas	Idosos de risco acompanhados	x	x	x	X
Qualificar cuidadores de idosos	Coordenação dos programas	Cuidadores capacitados	x	x	x	x
Elaborar e implantar Protocolos, Fluxos e linhas guias sobre saúde do idoso na rede municipal de saúde	Coordenação dos programas	Protocolos implementados	x			
Realizar campanha anual	Coordenação dos programas	Campanhas anuais realizadas	x	x	x	x
Criar grupos específicos de idosos com equipe multidisciplinar	Coordenação dos programas	Grupos criados				
Monitorar violência a pessoa idosa	Coordenação dos programas	Realizar visitas conforme demanda	X	X	X	X
Interface com a Secretaria de Assistência Social para detecção das violências contra a pessoa idosa	Coordenação dos programas		x	x	x	x
Parceria com o Conviver	SMS\Assistência Social		x	x	x	x
Diminuir o número de internações hospitalares decorrentes de fratura de fêmur em pessoa idosa	SMS	Número de fraturas ocorridas no período	x	x	x	x

2-Objetivo Específico: Fortalecer a atenção às doenças não transmissíveis, com foco na hipertensão e no diabetes

Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta	Meta	Meta	Meta
			2014	2015	2016	2017
Reduzir taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas e Hipertensão)	Coordenação do Hiperdia, da APS e ESF	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	9,3	9,0	8,7	8,0
Acompanhar os pacientes hipertensos e diabéticos em todas as unidades de atenção primária à saúde	Coordenação do Hiperdia, da APS e ESF	Diminuição dos indicadores de morbi mortalidade	x	x	x	x
Revisar sistematicamente o protocolo de Hipertensão e diabetes com sua implementação em todas as unidades de	Coordenação do Hiperdia, da APS e ESF	Padronização dos atendimentos e consultas				

saúde						
Realizar periodicamente atividades educativas voltadas para a população em geral objetivando hábitos saudáveis nas unidades de saúde	Coordenação do Hiperdia, da APS e ESF	Melhora na qualidade de vida	5 UBS	5 UBS	5 UBS	5 UBS

Realizar classificação de risco em todos os pacientes do Hiperdia e acompanhar sistematicamente pacientes com maior risco	Coordenação do Hiperdia, da APS e ESF	Garantia de eficiência no tratamento para diminuição da morbi mortalidade				
Garantir medicação para pacientes diabéticos e hipertensos						

Diretriz V - Estruturação da Rede Municipal de Atenção Psicossocial, com ênfase no enfrentamento de crack e outras drogas

1-Objetivo Estratégico: Organizar a rede de saúde mental municipal

Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Organizar a rede de saúde mental municipal	Coordenador de Programas		x			
Aquisição de terreno para construção de CAPS	SMS		x			
Construção de CAPS Aquisição de materiais e equipamentos para o CAPs	SMS			x		
Contratação de equipe técnica para o Caps	SMS				x	
Estabelecer protocolos e fluxos de atendimento em Saúde Mental					x	
Implantar política municipal de enfrentamento as drogas						

Diretriz VI - Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS

1-Objetivo Estratégico: Implantar ações de garantia da Assistência Farmacêutica

Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Implementar e monitorar o Sistema HORUS em todas as Unidades Farmacêuticas	Coordenação CAF	Horus implantado	80%	90%	95%	95%
Revisar e publicar sistematicamente a REMUME	Coordenação CAF	Remume revisada e publicada	01	01	01	01
Garantir a aquisição regular de medicamentos da REMUME em quantidade e prazos necessários ao abastecimento da rede pública municipal	Coordenação CAF	Medicamentos adquiridos	x	x	x	x
Elaborar manual de assistência farmacêutica	Coordenação CAF	Manual elaborado	x			
Adequar os recursos humanos em farmácia de acordo com os parâmetros definidos pela SMS e legislação farmacêutica	Coordenação CAF	Recursos humanos adequados	x	x	x	x
Promover ações de incentivo ao uso racional de medicamentos	Coordenação CAF		x	x	x	x
Garantir a aquisição de medicamentos de demandas jurídicas	Coordenação CAF	Demandas judiciais atendidas	x	x	x	x
Confeccionar material informativo sobre o uso racional de medicamentos	Coordenação CAF	Material informativo confeccionado	x	x	x	x
Estruturar Central de Abastecimento Farmacêutico	Coordenação da CAF	CAF estruturada	x	x	x	x
Disponibilizar em todas as unidades farmacêuticas o Manual de Boas Práticas e Procedimentos Operacionais	Coordenação da	Manual de boas práticas e POPS	x	x	x	x

Padrão (POP)

CAF

Diretriz VI – Redução dos riscos e agravos á saúde, por meio do desenvolvimento das ações de promoção e vigilância em saúde

1-Objetivo Estratégico: Fortalecer a atenção, prevenção e controle das doenças transmissíveis

Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Manter o percentual de óbitos por dengue	Coordenação Vigilância em Saúde		0%	0%	0%	0%
Ampliar as visitas domiciliares de combate a dengue	Coordenação Vigilância em Saúde		06/ano	06/ano	06/ano	06/ano
Contratação de agente de endemias	Coordenação Vigilância em Saúde	Agentes contratados conforme demanda	01			
Aquisição de equipamentos, material de consumo e EPI para os agentes de endemias	Coordenação Vigilância em Saúde	Material adquirido conforme demanda	x	x	x	x
Aquisição de motos	Coordenação Vigilância em Saúde		02			
Garantir 100% da população de curas nas coortes de casos novos de hanseníase	Coordenação Vigilância em Saúde	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	65%	82,5%	85%	90%
Garantir exames de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase	Coordenação Vigilância em Saúde	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	65,67%	68,95%	80%	90%
Campanhas para detecção de lesões de pele	Coordenação Vigilância em Saúde		01	01	01	01
Ampliar a taxa de cura de tuberculose pulmonar bacilífera	Coordenação Vigilância em Saúde	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	80%	85%	85%	87%
		Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	51%	52%	70%	80%
Campanhas de exame de BAAR	Coordenação Vigilância em Saúde		01	01	01	01
Manter a incidência atual de casos de AIDS em menores de cinco anos	Coordenação Vigilância em Saúde	Nº de casos novos de IDS em menores de cinco anos de idade				
Aumentar o percentual de encerramento de casos de doenças de notificação compulsória imediata	Coordenação Vigilância em Saúde	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	80,44%	82,94%	85%	90%
Campanhas para detecção de hepatite B e C na população em geral	Coordenação Vigilância em Saúde		02/ano	02/ano	02/ano	02/ano
Garantir vacinação antirrábica anual	Coordenação Vigilância em Saúde	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	95%	95%	95%	95%
Realizar o controle da qualidade da água para consumo humano, para os parâmetros “coliforme total” e “turbidez”	Coordenação Vigilância em Saúde	Proporção de análises de realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	83,71%	91,21%	93%	93%
Notificação dos agravos de doença do trabalho						
2-Objetivo Estratégico: Realizar ações de Promoção da saúde						
Objetivos Específicos	Órgãos Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Realizar prevenção, diagnóstico, notificação, investigação epidemiológica, atendimento e tratamento das intoxicações exógenas						
Implementar atividades que estimulem a práticas de atividades físicas e alimentação saudável nas UBS						
Implantar Programa Amigos do			x			

Implementar o controle e prevenção da anemia ferropriva						
3-Objetivo Estratégico: Fortalecer ações de Vigilância sanitária com estrutura ampliada e organizada com foco no enfrentamento dos riscos inerentes as atividades de comércio e prestação de serviços						
Objetivos Específicos	Órgãos Envolvido	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2014	2014	2014
Executar o conjunto das ações do plano de vigilância sanitária			100%	100%	100%	100%
Elaborar anualmente o plano municipal de Vigilância Sanitária			01	01	01	01

Diretriz VII - Fortalecimento da gestão participativa e do controle social						
1-Objetivo Estratégico: Fortalecer a participação popular visando a ampliação e qualificação da participação						
Objetivos Específicos	Órgão Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Manter as atividades do Conselho Municipal de Saúde						
Qualificar permanentemente os Conselheiros de Saúde sobre controle social e gestão participativa do SUS						
Realizar a 8ª Conferência Municipal de Saúde						
Implantar Ouvidoria do SUS				x		
Revisar lei de criação do Conselho Municipal de Saúde e Regimento Interno						

Diretriz VIII – Contribuição para a qualificação, valorização da democratização de trabalho dos trabalhadores do SUS						
1-Objetivo Estratégico: Fortalecer a gestão do SUS como referência e com foco no cidadão						
Objetivos Específicos	Órgão Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Implementar instrumentos de planejamento de gestão do SUS de forma eficiente de acordo com as legislações vigentes						
2-Objetivo Estratégico: Fortalecer o Sistema de Controle e Avaliação Municipal						
Objetivos Específicos	Órgão Envolvidos	Indicador de Monitoramento	Meta			
			2014	2015	2016	2017
Estruturar o componente municipal de auditoria						
Realizar auditoria analítica e operativa em __ da rede municipal				X		
Monitorar o fluxo de oferta e demanda dos serviços regulados garantindo o cumprimento de 100% dos contratos						
Avaliar 100 % dos contratos e convênios com a rede prestadora de serviço			100%	100%	100%	100%
Avaliação quadrimestral das ações e serviços			3	3	3	3

6. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O Plano Municipal de Saúde passará por monitoramento trimestral, através da análise dos indicadores constantes na Programação Anual de Metas. Cada setor da secretaria municipal de saúde deverá acompanhar as ações sob sua gestão e encaminhar o relatório trimestral para a equipe de auditoria em saúde.

7. REVISÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Sempre que julgar necessário deverá ser reavaliado o plano com base nos indicadores e ações previstas, como forma de adequar a realidade local e atender as demandas que por ventura surgirem e que não foram contempladas no plano.

A revisão deverá ser propostas pelo setor responsável pela meta/ ação, pela equipe de auditoria, pelo gestor municipal ou pelos membros do Conselho Municipal de Saúde. Deverá ser analisada e aprovada no Conselho Municipal de Saúde, com base nos indicadores da programação anual de metas e no relatório de gestão.

8. APROVAÇÃO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

No dia 23 de dezembro de 2013, os membros do conselho municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante/ES, reuniram-se às dezenove horas no auditório da unidade de saúde do bairro Minete para análise deste Plano Municipal de Saúde, e decidiram pela sua aprovação e cumprimento através da Resolução Nº 360, de 24 de dezembro de 2013 (ANEXO II)

8.1 HOMOLOGAÇÕES PELO PREFEITO MUNICIPAL

O prefeito municipal de Venda Nova do Imigrante-Es, Sr. Dalton Perim, no uso de suas atribuições legais e de acordo com a Resolução Nº, de de dezembro de 20....., do Conselho Municipal de Saúde decide pela homologação deste Plano Municipal de Saúde com vigência para 2014 a 2017, através da assinatura da Portaria municipal Nº _____/2014.

REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, R. F. **A reestruturação do espaço geográfico de Venda Nova do Imigrante-ES pelo turismo: Ênfase sobre as atividades realizadas no espaço rural.** Disponível em:<

<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/GeografiaTuristica/11.pdf>>. Acesso em: 04 Nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.”. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL a. Ministério da Saúde. Portaria 3.332, de 78 de dezembro de 2006. “Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS”. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de dezembro de 2009.

TANCREDI, F. B. et. al. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002 (Série Saúde e Cidadania)

BRASIL b. Ministério da Saúde. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006. “Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto”. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de fevereiro de 2006.

BRASIL c. Ministério da Saúde. Portaria 699, de 30 de março de 2006. “Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão”. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 de abril de 2006.

BRASIL d. Ministério da Saúde. Portaria 2.669, de 03 de novembro de 2009. “Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011”. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de Novembro de 2009.

Ministério da Saúde. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011**. Brasília-DF. 2009.

Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª Edição. Brasília-DF, 2006.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília-DF. 2008.

SESA-ES. **Oficina de Modelagem das Redes de Atenção à Saúde: Módulo I**. Vitória. 2008.

DATASUS (a). **Sistema de Informações em Saúde**. Disponível em < <http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

DATASUS (b). **Sistema de Informações em Saúde**. Disponível em < [http: www. datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 03 out. 2013.

SIAB. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. 2013.

Ministério da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS); uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF. 2009

SESA-ES. **Diretrizes Clínicas: Saúde Mental**. Livro 8. 1ª edição. Vitória. 2008

SESA-ES. **Diretrizes Clínicas: Saúde da Pessoa Idosa**. Livro 7. 1ª edição. Vitória. 2008

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Senso Demográfico de 2000**. Disponível em: <[http:www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 09 out. 2013.

CNES – **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2013.

HIPERDIA – **Sistema de cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. 2013.

SI-API- **Sistema de Informação de Aplicação de Imunobiológico**. 2013.

SINANWEB – **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. 2013.

PNUD – **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. 2010.

VENDA NOVA DO IMIGRANTE. **Lei Municipal Nº 666**, de 12 de dezembro de 2005. “Dispõe sobre a nova estrutura administrativa da prefeitura municipal de Venda Nova do Imigrante e dá outras providências”. Disponível em:< <http://www.legislacaoonline.com.br/vendanova/images/leis/html/L6662005.html>> Acesso em : 19 set. 2013.

VENDA NOVA DO IMIGRANTE. **Lei Municipal Nº 091**, de 11 de novembro de 1991. “Dispõe sobre instituição do Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências”.Disponível em:< <https://www.leismunicipais.com.br/a/es/v/venda-nova-do-imigrante/lei-ordinaria/1991/9/91/lei-ordinaria-n-91-1991-dispoe-sobre-instituicao-do-fundo-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias-1991-11-11.html>> Acesso em: 19 set.2013.

VENDA NOVA DO IMIGRANTE. **Lei Municipal Nº 092**, de 12 de dezembro de 2005. “Dispõe sobre a criação do conselho municipal de saúde e dá outras providências”.

VENDA NOVA DO IMIGRANTE. **Lei Municipal Nº 174**, de 05 de abril de 1994. “Altera o Art. 3º da Lei municipal nº 092/91”.

VENDA NOVA DO IMIGRANTE. **Lei Municipal Nº 843**, de 28 de outubro de 2009. “Institui o Código de Saúde do Município de Venda Nova do Imigrante”.

VENDA NOVA DO IMIGRANTE. "**A cidade de Venda Nova do Imigrante - ES**". Disponível em: <<http://www.vendanova.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 17 out. 2013.

OPAS – Organização Pan-americana de saúde. **Saúde e Ambiente: Saúde do trabalhador**. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=44&area=Conceito>>. Acesso em: 02 dez. 2013.

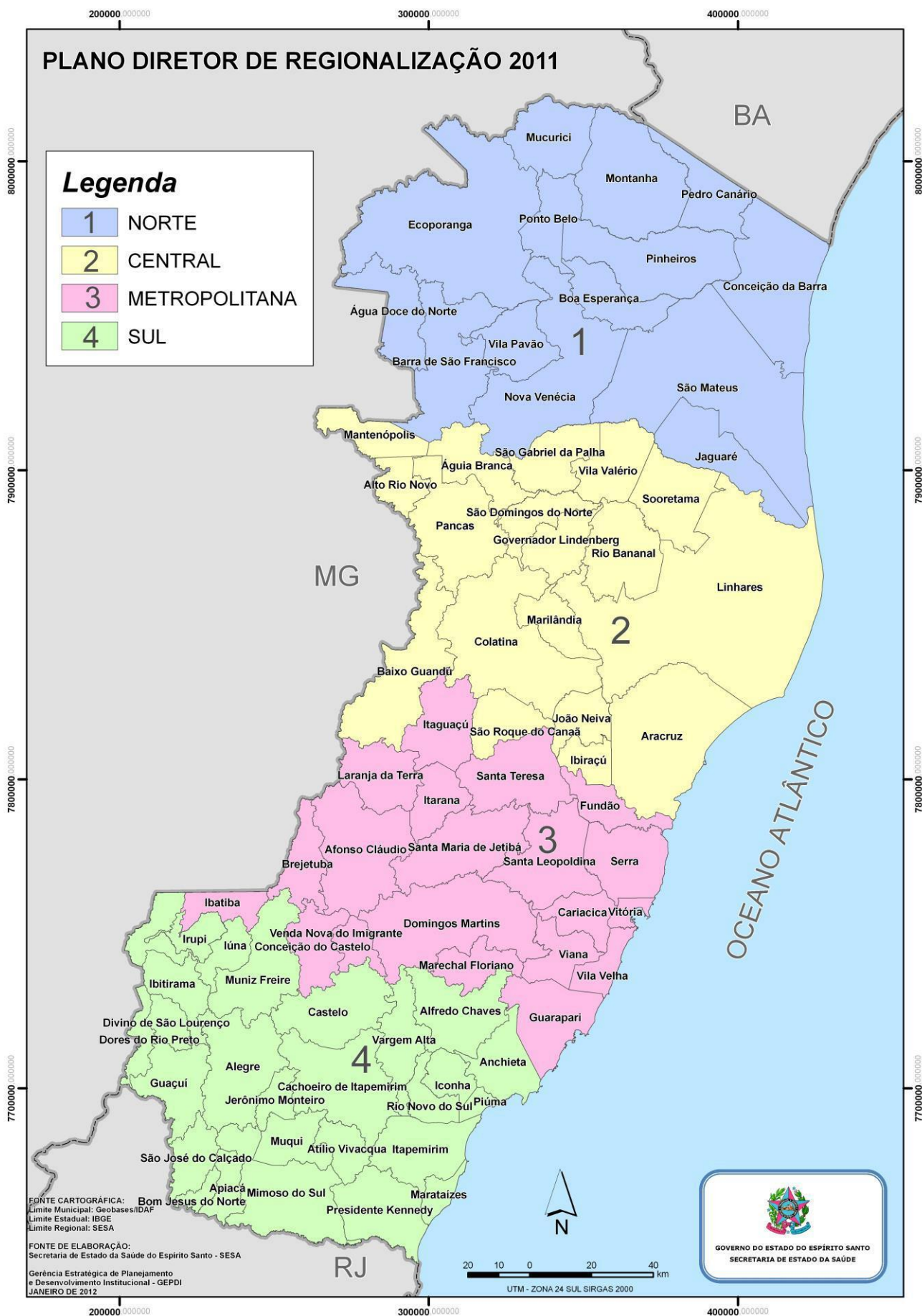
MIRANZI, S. S. C. et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072008000400007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 04 Jun. 2013.

FILHO, N. A. **Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde**. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300004> Acesso em: 10 set. 2014.

GOMES, M. B.; LERARIO, A. C. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2009. Disponível em:< <http://pt.slideshare.net/cuidadoaoadulto/sociedade-brasileira-de-diabetes-diretrizes-diabetes-2009>> Acesso em: 04 jun. 2013

ANEXOS

ANEXO I



ANEXO II

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE-ES

RESOLUÇÃO N.º 360 e 360 A

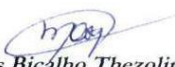
O Conselho Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante, no uso de suas atribuições que lhe confere os artigos 2º e 7º da Lei 917/2010, nos termos do Regimento Interno aprovado pela Resolução n.º 270, de 16 de agosto de 2010, e em conformidade com a decisão em Assembléia Geral Extraordinária do dia 23 dezembro de 2013.

RESOLVE:

Tornar em resolução todas as decisões tomadas e aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante/ES.

360 – Aprovar o Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

360 A – Aprovar a Programação Anual de Saúde 2014.


Magnus Bicalho Thezolin
Presidente do C M S
24.12.13

ANEXO III

GRUPO TÉCNICO DE ELABORAÇÃO

Leiliane Scheideger Athayde
Renata Cintia Lopes Barboza
Elaboração

Apoio Técnico

Waleska Souza Reisman
Poliana Oliveira Nunes
Francisco Santana Machado Girão
Monique Carrare Faé
Darlene B. Lorenzoni
Fábio Péterli
Eliana Ap. H. Steins
Ludimila Bruneli Avance
Fernanda Altoé Targa
Giusepe Fernandes
Jean Carlos B. Silotti
Rúbens Vinicius Siqueira Vargas
Silvio Aguilar Sather
Priscila Altoé
Dyego Penna
Karina Carvalho
Samara Ferreira de Carvalho Gouveia
Helem Dolores Delpupo
Maria Casagrande Lachini
Josélia Mendonça
Alex Hupp