

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 – 2021



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
RIO BANANAL**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RIO BANANAL/ES

Prefeito Municipal de Rio Bananal: Falismino Ardizzon
Vice-Prefeito: Edivaldo Fabris
Secretário Municipal de Administração: Josemar Luis Barone
Secretário Municipal de Agricultura: Ricardo Nunes Endringer
Secretária Municipal de Educação: Janete Carminati Falcão
Secretário Municipal de Finanças: Aline Bazoni
Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos: Nivaldo Uliana
Secretária Municipal de Saúde: Pulo Vaneli
Secretário Municipal de Ação Social: Valdineia Vaz Pedroni da Silva

Conselheiros Municipais de Saúde

Representantes da Secretaria Municipal de Saúde

Efetivos: Paulo Vaneli e Fernando Freitas Curty

Suplentes: Tatiana Bolsoni e Silvio Cesar Rodrigues

Representantes dos Prestadores de Serviços - HMAPS

Efetivo: Silvana Valle

Suplente: Rita de Cássia Ferreira

Representantes dos Profissionais de Saúde

Efetivos: Adelaine Baptisti Faé, Aparecida Savergnini e Cleusa Eni Entringer Buffon

Suplentes:

Representante de entidade de assistência ao portador de deficiência - APAE

Efetivo: Sandra Bachieti

Suplente: Livia de Paula Moraes Capelini

Representante de clube de serviço à comunidade - CDL

Efetivo: Margarete Rodzko Camata

Suplente: Eudison Altair Corradi Regly

Representante do sindicato dos trabalhadores rurais

Efetivo: Genivaldo Marino Alvarenga

Suplente: Gleise Fornazier

Representante do sindicato dos produtores rurais

Efetivo: Jacieli Pedroni Arpini

Suplente: Luis Malavasi

Representante de movimento de saúde vinculado à instituição religiosa - Pastoral da Saúde

Efetivo: Arlete Altoé Pola

Suplente: Alda Graciosa Socoloto Altoé

Representante de associação e /ou movimentos populares – ATIRB

Efetivo: Percy Dias Monteiro

Suplente: Valentin Alves

Coordenador de Planejamento e elaboração

Gleuder José Pontini

SUMÁRIO

ASPÉCTOS HISTÓRICOS E GEOGRÁFICOS DE RIO BANANAL.....	04
INTRODUÇÃO.....	08
I ANÁLISE SITUACIONAL	09
1 Condições Socio sanitárias	10
1.1 Aspectos Demográficos	10
1.2 Aspectos Epidemiológicos	14
1.3 Aspectos Socioeconômicos	31
2 Estrutura do Sistema de Saúde	34
2.1 Capacidade Instalada	34
2.2 Oferta de Cobertura de Ações e Serviços de Saúde	47
3 Redes de Atenção à Saúde	49
4 Fluxos de Acesso	50
5 Recursos Financeiros	54
6 Gestão do trabalho e da Educação em Saúde.....	56
7 Gestão	58
7.1 Regionalização	58
7.2 Planejamento	58
7.3 Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	59
7.4 Participação Social	61
7.5 Sistemas de Informação.....	62
II PRIORIDADES.....	63
III OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS DO PMS 2014-2017	65
IV MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	75
REFERÊNCIAS.....	77

ASPÉCTOS HISTÓRICOS E GEOGRÁFICOS DE RIO BANANAL

Os primeiros colonizadores chegaram à região por volta de 1.929, vindos do Distrito de Marilândia. Foram eles, Pedro Ceolin, Pedro Rizzo, Abramo Caliman e Alcides Siqueira Campos e vinham em busca de terras férteis. Conta-se que pelo caminho encontraram um rio. Descendo o rio, avistaram alguns pés de banana, motivo pelo qual denominaram de rio Bananal. Instalaram-se na confluência dos rios, conhecido como Iiritimirim e Bananal, em Santo Antônio do Bananal.

Em 1933 chega ao município o primeiro padre, Pe. Aníbal, que reúne toda a população para celebrar a primeira missa. Dois anos mais tarde, a visita de Pe. Geraldo faz nascer no pequeno povoado o desejo de construir uma capela.

Vindos da localidade de Castelo e noutra direção, outro grupo, formado por Egídio Venturim, Luiz Endringer e João Casagrande, chegou à região em 1.937, instalando-se no local conhecido por São Sebastião do Bananal.

Uma picada foi aberta, e dessa forma, deu-se origem aos núcleos existentes: Santo Antônio e São Sebastião do Bananal.

Para qualquer emergência ou mesmo para buscar suprimentos, os moradores se deslocavam, montados, até Colatina, que era o povoado mais desenvolvido. Tempos mais tarde, seguiam até as margens da Lagoa Juparanã onde atravessavam em canoas para chegar à Linhares.

Em 19 de Abril de 1.950, as lideranças locais comunicaram à população que o povoado fora elevado a categoria de distrito através da lei nº 265, datada de 22 de outubro de 1.949.

Em 1963 o desejo de progresso desencadeou na população a tentativa de transformar o distrito em município. Porém, o pedido foi rejeitado. Em 1975 o sonho de desmembrar de Linhares volta a motivar a população. O projeto de Lei nº 155/75 é aprovado, com o nome de Município de Nova Fátima. O projeto foi arquivado por ultrapassar o prazo constitucional estabelecido para a consulta popular.

Em abril de 1979 é solicitado o desarquivamento do processo, o nome do provável município seria Fátima, Nova Fátima do Norte ou Rio Bananal.

Em 19 de junho de 1.979, a Assembleia Legislativa aprovou o Decreto Legislativo nº 04/70, autorizando a realização do plebiscito para concretizar a emancipação. A realização do plebiscito foi marcada para 19 de agosto de 1.979.

No dia 14 de setembro de 1979 o distrito é elevado à categoria de município, pela Lei nº 3293 de 14 de setembro de 1979. O ato de emancipação foi assinado pelo Governador Eurico Vieira de Rezende, no pátio do Seminário em Rio Bananal. Em divisão territorial datado de 18 de agosto de 1988, o município é constituído do distrito sede. Pela lei nº 3982, de 27 de dezembro de 1987, é criado o distrito de São Jorge de Tiradentes e anexado ao município de Rio Bananal.

Na divisão territorial datada de 1º de junho de 1995, o município é constituído de dois distritos: Rio Bananal e São Jorge de Tiradentes.

Rio Bananal possui uma área total de 645,4 km², equivalente a 0,98% do território do estado do Espírito Santo. Dista da capital Vitória cerca de 181 Km, limitando-se ao norte com o município de Sooretama, Vila Valério e São Domingos do Norte, ao sul e leste com o município de Linhares e a oeste com o município de Governador Lindenberg.

O habitante natural de Rio Bananal é ribanense.

O relevo apresentado é fortemente ondulado, sendo que algumas regiões chegam ultrapassar 700m de altura.

A Hidrografia do município está baseada no rio Bananal e seu afluente principal, o rio Iriritimir, que corre no sentido oeste-leste desaguardo na lagoa Juparanã Mirim (Nova).

Além desses, podemos citar o rio São José, no limite norte com Sooretama e o São João do Tiradentes, Capivara, São Francisco, Primavera, Alegre, entre outros.

Em Rio Bananal existem águas internas de grandes belezas naturais que se constituem em potencial turístico com destaque para as praias da lagoa Juparanã (Jesuina, Casagrande, Monte Mol) incluindo a Ilha do Imperador, Juparanã- Mirim e Palminhas.

O solo do município apresenta-se como Latossolo Vermelho e Amarelo Distrófico.

Predomina o clima tropical e índice pluviométrico de 1.200mm.

A principal atividade econômica do município é a produção cafeeira, com destaque para o tipo conillon. Outras culturas também se desenvolvem como: coco, maracujá, mamão, pimenta do reino, milho, feijão, mandioca e banana.

A pecuária ganha espaço na região, com produção de gado leiteiro e de corte.

Na área industrial o movimento econômico está nas fábricas de cachaça, esquadrias de madeiras, serralherias, marmorarias, produção de farinha de mandioca, móveis e sorvetes.

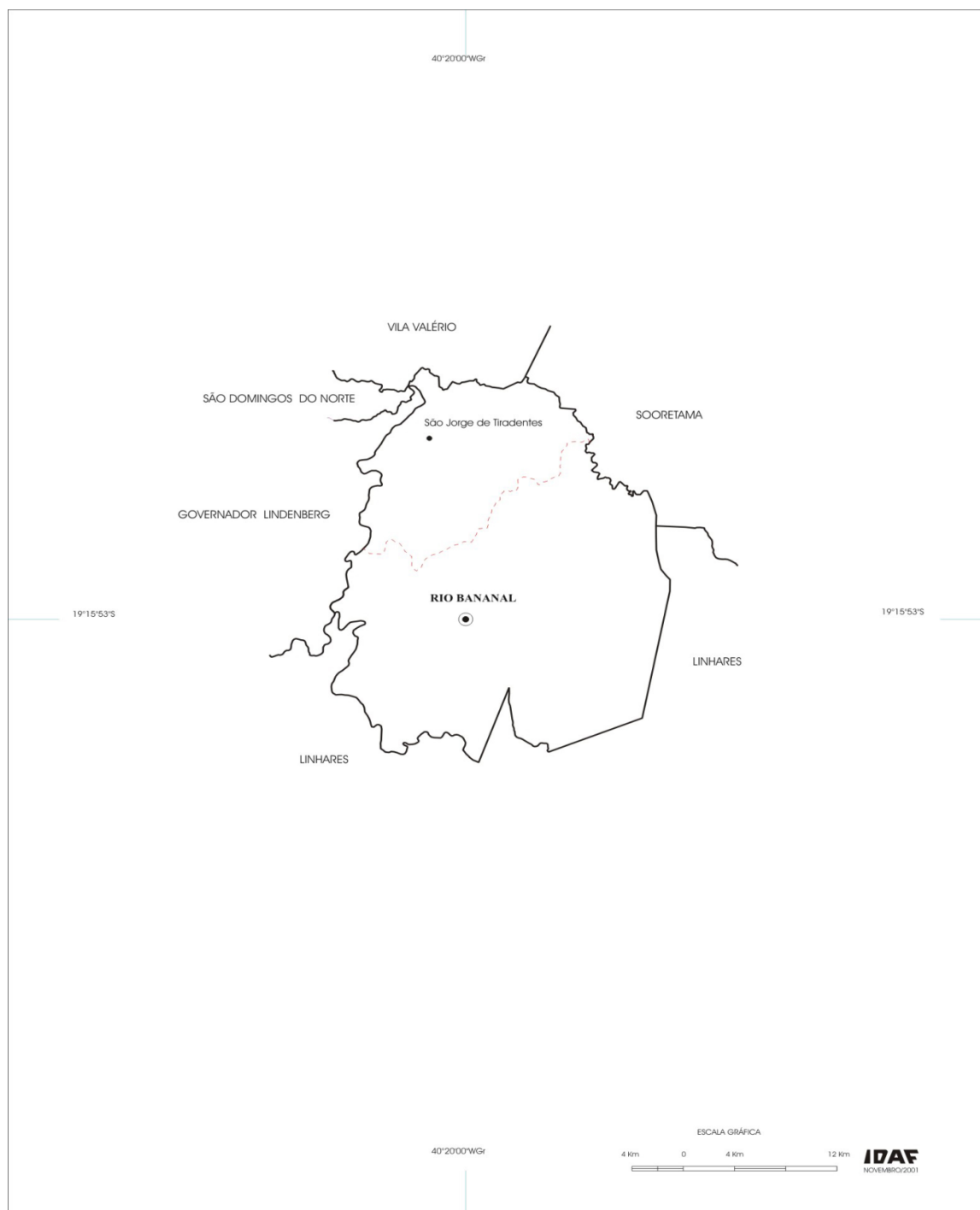
Mapa 1

Espírito Santo - Divisão político administrativa destacando Rio Bananal



Mapa 2

Rio Bananal - localização geográfica



INTRODUÇÃO

O plano Municipal de saúde – PMS do município de Rio Bananal explicita a política de saúde adotada pela administração municipal para o quadriênio 2018-2021, objetivando a estruturação e organização do sistema de saúde consolidando e fortalecendo o SUS na busca de uma atenção integral, equânime, universal e inclusiva voltada para a melhoria da qualidade de vida e da condição de saúde do povo ribanense.

O processo de construção do PMS teve início com levantamento da situação de saúde através de coleta de dados traçando o perfil das condições de saúde do município. Num segundo momento foi realizada uma “oficina de análise da situação” com os profissionais da saúde onde foram apresentados os dados disponíveis da análise e identificação dos principais problemas. O terceiro momento envolveu especificamente o conselho municipal de saúde sendo apresentada a versão preliminar do plano municipal contemplando a situação da saúde, os objetivos, diretrizes e metas consolidando o plano municipal de saúde como uma ferramenta de gestão construída por diversos atores e gestores: profissionais de saúde, técnicos e conselheiros de saúde.

O plano municipal de saúde está estruturado em quatro partes. A primeira parte trata da situação da saúde local com análise das condições socio sanitárias, envolvendo o perfil demográfico, epidemiológico e socioeconômico da população bem como a estrutura do sistema de saúde, o modelo de atenção, a assistência e o modelo de gestão. A segunda parte apresenta as prioridades elencadas considerando também o plano de governo. A terceira parte consta os objetivos, as diretrizes, as metas e os indicadores que nortearão as ações de enfrentamento e superação dos problemas, seja com políticas públicas inerentes ao setor saúde, seja com as ações intersetoriais e, por fim, a quarta parte apresenta os meios de monitoramento e avaliação das metas propostas e o impacto nas condições de saúde da população ao término da vigência do plano.

Aprovado pelo conselho municipal de saúde no dia 20 de dezembro de 2017 em sua 170ª reunião ordinária por meio da resolução nº 014/17

ANÁLISE SITUACIONAL

Consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade. O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas. No âmbito do planejamento em saúde, entende-se como problema uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado.

1 CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

1.1 Aspectos Demográficos

Segundo a última contagem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, o município possui 17.530 habitantes, representando aumento de 7,39% em relação a 2000: sendo 9.079 homens (51,79%) e 8.451 mulheres (48,21). Como foi colonizada por descendentes de italianos a maioria da população é branca (53%), seguida de pardos (42%) e negros (5%). A maior parte da população (61,28%) vive na área rural: são 10.742 hab. E na zona urbana, 6.788 hab. (38,72%).

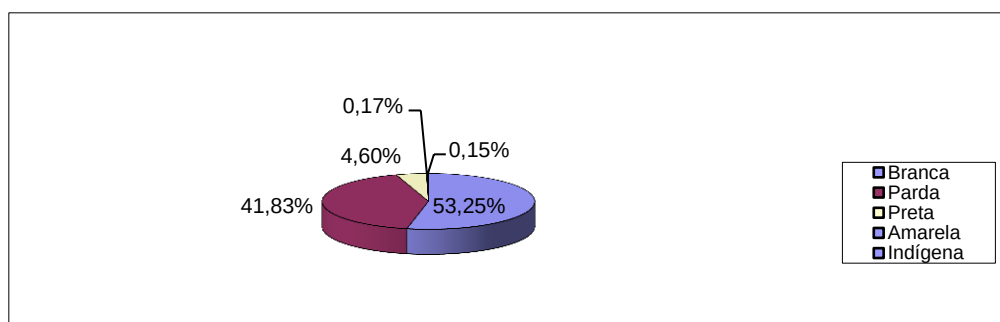
A participação da população do município no total da região de saúde é de 3,07% e no total do estado é de 0,50%.

Tabela 1: População residente segundo sexo e situação do domicílio – Rio Bananal 1991, 2000, 2010.

	1991		2000		2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbana	2.963	19,20	4.347	26,63	6.788	38,72
Rural	12.465	80,80	11.977	73,37	10.742	61,28
Total	15.428	100,00	16.324	100,00	17.530	100,00
Masculino	8.042	52,13	8.512	52,14	9.079	51,79
Feminino	7.386	47,87	7.812	47,86	8.451	48,21
Total	15.428	100,00	16.324	100,00	17.530	100,00

Fonte: IBGE

Gráfico 1: População residente segundo raça – Rio Bananal, 2010.



A pirâmide etária de Rio Bananal segue a tendência nacional e estadual com estreitamento na base onde se concentra a população menor de 4 anos e ampliação das faixas etárias superiores da pirâmide. Esse fenômeno, chamado transição demográfica, se dá, principalmente, em virtude da redução da taxa de natalidade e do aumento da expectativa de vida da população que, na região é de 75,44 anos. A população idosa representa 10,46% dos residentes em 2010, acima da média da região de saúde (10,27) e abaixo da média estadual (15,60) e nacional (10,79). A taxa de fecundidade (nº médio de filhos que uma mulher teria ao final de sua idade reprodutiva) é de 1,59, porém, abaixo dos índices da região (1,65), estadual (1,80) e nacional (1,86).

Tabela 2: População residente por faixa etária e sexo – Rio Bananal/2010

	Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
Criança	Menor 1 ano	134	121	255	1,46
	1 a 4 anos	443	481	924	5,27
	5 a 9 anos	653	618	1.271	7,25
	Subtotal	1.230	1.220	2.451	13,98
Adolescente	10 a 14 anos	778	724	1.502	8,57
	15 a 19 anos	819	767	1.586	9,05
	Subtotal	1.597	1.491	3.088	17,62
	20 a 24 anos	828	754	1.582	9,02
Adulto	25 a 29 anos	826	731	1.557	8,89
	30 a 34 anos	770	698	1.468	8,37
	35 a 39 anos	680	625	1.305	7,44
	40 a 44 anos	717	591	1.308	7,46
	45 a 49 anos	617	559	1.176	6,71
	50 a 54 anos	504	485	989	5,64
	55 a 59 anos	405	368	773	4,41
	Subtotal	5.347	4.811	10.158	57,94
	60 a 64 anos	278	262	540	3,08
	65 a 69 anos	207	196	403	2,30
Idoso	70 a 74 anos	152	168	320	1,82
	75 a 79 anos	124	137	261	1,49
	80 anos e mais	144	166	310	1,77
	Subtotal	905	929	1.834	10,46
	Total	9.079	8.451	17.530	100,00

Fonte: IBGE – Censo 2010

Gráfico 2
Pirâmide Etária 1991

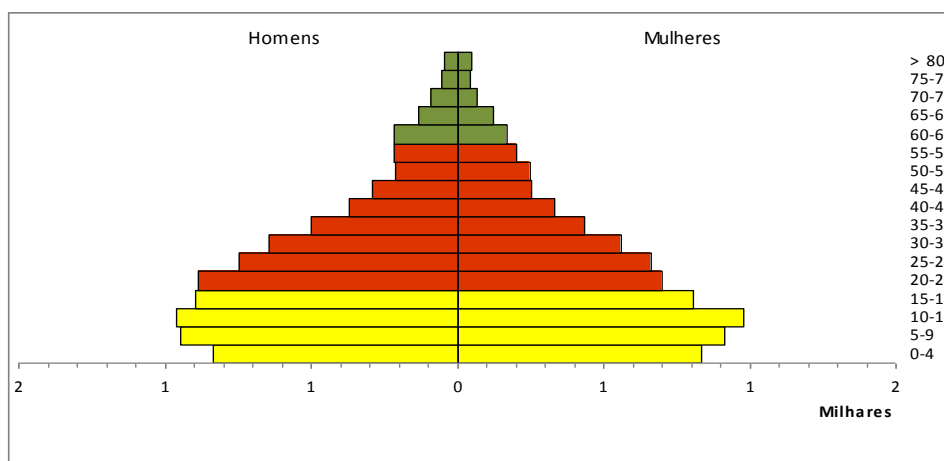


Gráfico 3
Pirâmide Etária 2000

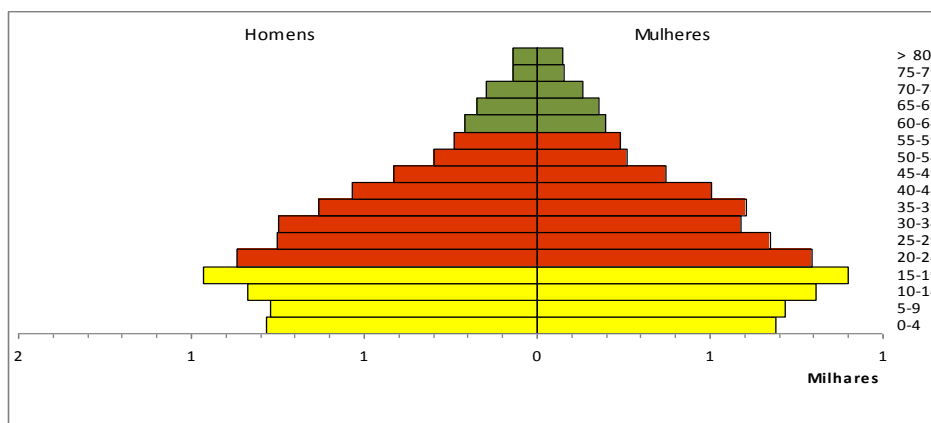
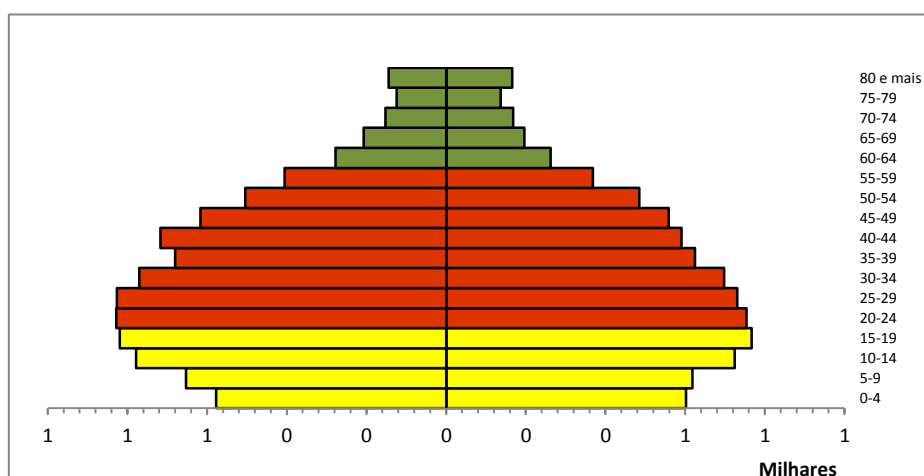
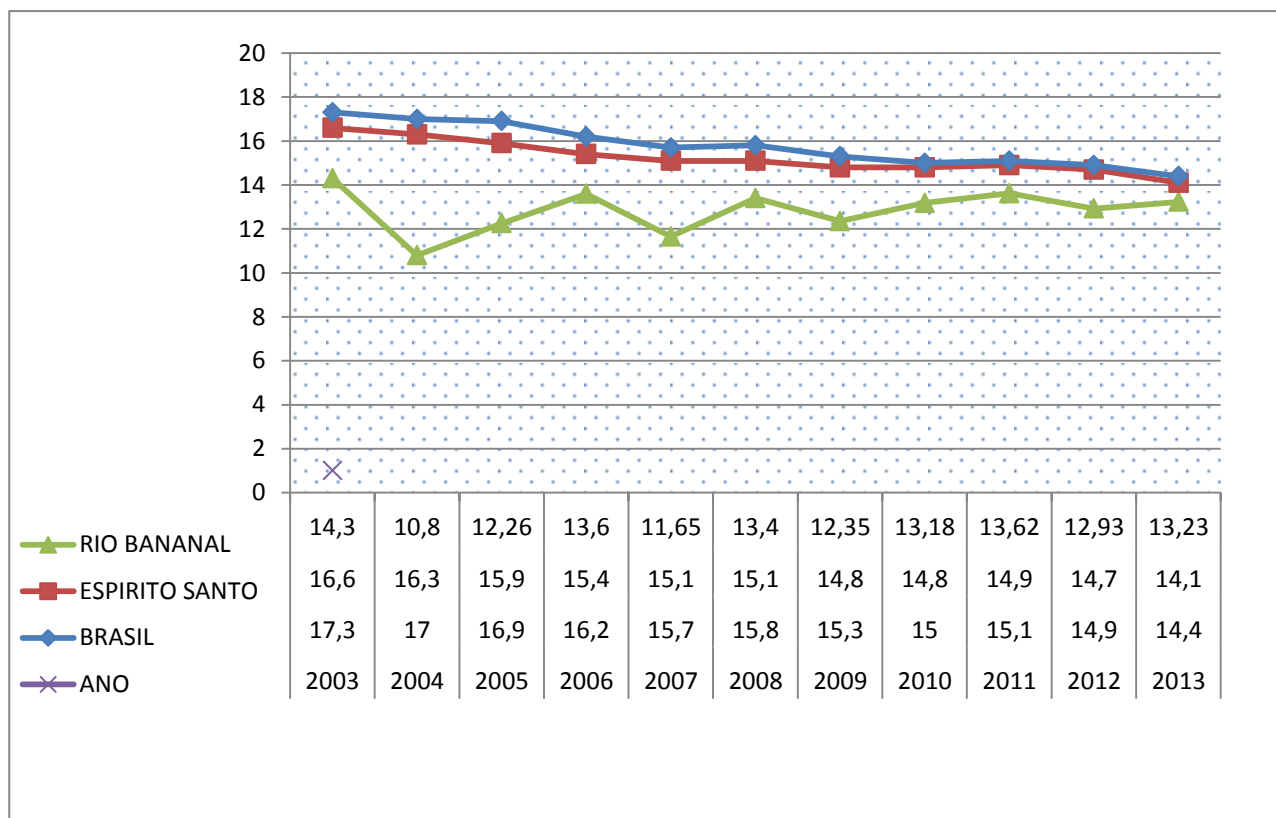


Gráfico 4
Pirâmide Etária 2010



A taxa bruta de natalidade (nº de nascidos vivos dividido pela população x 1000) expressa a frequência anual de nascidos vivos influenciada pela estrutura da população quanto à idade e sexo. O município apresentou, no período de 2003-2013, taxa média de 12,81, abaixo da média estadual (15,24) e nacional (15,78). Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições econômicas e culturais da população.

Gráfico 5
Taxa Bruta de Natalidade. Brasil, Espírito Santo, Rio Bananal. 2003-2013



1.2 Aspectos Epidemiológicos

As condições dos nascimentos apontam para o aumento da taxa de partos cesários apresentando em média 64% dos partos nos últimos 4 (quatro) anos com tendência crescente. Este tipo de parto aumenta quanto maior a escolaridade da mãe conforme observado na tabela 4.

O comportamento de determinadas variáveis ao longo dos anos não apresentam variações significativas.

De 2009 a 2016 o baixo peso da criança ao nascer apresentou-se na média em 8,6%. O menor percentual foi verificado em 2010 (4,33%) e o maior em 2011 (9,58%).

A proporção de gestantes adolescentes foi a que apresentou maior queda no período analisado com decréscimo de 6,67 pontos percentuais entre 2009 e 2016, anos em que apresentou o menor percentual (13,52).

Outra variável importante refere-se aos nascimentos a termo, isto é, os nascimentos que aconteceram entre a 37^a a 41^a semanas de gestação, período considerado ideal para a realização do parto. Entre 2009 e 2016, com exceção de 2010, a proporção de nascimentos a termo representou sempre mais de 90% dos nascimentos.

Um bom acompanhamento do pré-natal, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto do qualitativo, certamente apresentará bons resultados nas demais variáveis e reduz os riscos de desfechos desfavoráveis quanto à saúde da gestante e da criança. A média de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal entre 2009 e 2016 foi de 78,69%. Ao longo do período essa variável apresentou oscilações apresentando melhor percentual em 2009 com 86,85%, percentual que deveria ser mantido uma vez que o município aumentou o número de equipes da estratégia saúde da família e 05 (cinco) para 07 (sete) equipes nos anos subsequentes melhorando o acesso e o monitoramento das gestantes.

Tabela 3 – Condições dos Nascimentos. Rio Bananal, 2009-2016

CONDIÇÕES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
População	17.246	17.530	17.623	17.713	18.892	19.038	19.181	19.321
Número de nascidos vivos	213	231	240	229	250	245	232	244
Taxa Bruta de Natalidade	12,35	13,18	13,62	12,93	13,23	12,87	12,10	12,63
% com prematuridade	5,63	3,03	8,34	10,92	13,20	3,67	6,90	7,38
% de partos cesáreos	52,58	55,41	58,33	58,95	62,40	67,76	64,22	63,52
% de partos normais	47,42	44,59	41,67	41,05	37,60	32,24	35,78	36,48
% de mães de 10-19 anos	20,19	16,02	23,34	14,41	19,60	15,10	18,53	13,52
% de mães de 10-14 anos	1,89	0,86	2,08	0	0,80	1,22	0,86	1,23
% com baixo peso ao nascer	7,04	4,33	9,58	5,68	8,40	5,31	7,76	6,15
% 7 e + consultas pré-natal	86,85	81,82	69,58	76,86	72,80	82,04	78,02	81,56

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 26/07/17

Tabela 4 – Nascimento segundo grau de instrução da mãe e tipo de parto. Rio Bananal, 2016

Instrução da Mãe	Vaginal	Cesário	Total
TOTAL	89	155	244
Até 3 série 1 grau	4	7	11
De 4 a 7 série	28	28	56
1 grau completo	54	92	146
2 grau completo	3	28	31

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 26/07/17

O perfil da **mortalidade** do município direciona-se para as causas cardiovasculares, causas externas e as neoplasias, semelhante ao da região de saúde e do estado. Estas três causas foram responsáveis por aproximadamente 71% (setenta e um por cento) das causas de óbito no município.

As neoplasias assumiram a primeira causa de mortalidade nos dois últimos anos (2015/2016), atingindo os homens na maioria dos casos (79%) e concentrando-se na faixa etária acima dos 60 anos. A mortalidade por causas vasculares concentra-se na população acima de 60 anos e as causas externas, na faixa etária jovem, do sexo masculino (88%), tendo como fator de risco os acidentes de trânsito e os homicídios em 2016, configurando um aumento na violência principalmente na zona rural do município no período da colheita do café.

Observa-se que as causas de mortalidade classificadas como “mal definidas” que apareciam em primeiro lugar no ano 2000, foram gradativamente dando lugar às causas definidas, provavelmente seja por causa de uma melhor definição das causas básicas de óbito.

O município não tem registrado casos de mortalidade por causas materna nos últimos 20 anos.

Tabela 5: Óbito por Ano do Óbito segundo Causas Capítulos. Rio Bananal, 2013-2016

Causas Capítulos	2013	2014	2015	2016	Total
TOTAL	93	97	81	99	370
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	2	2	3	9
Neoplasias (tumores)	17	23	22	29	91
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	5	7	5	23
Transtornos mentais e comportamentais	0	3	1	0	4
Doenças do sistema nervoso	4	2	3	4	13
Doenças do aparelho circulatório	26	24	19	24	93
Doenças do aparelho respiratório	13	6	7	8	34
Doenças do aparelho digestivo	4	4	0	3	11
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	0	0	2
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	1	1
Doenças do aparelho geniturinário	2	2	5	2	11
Algumas afec originadas no período perinatal	4	2	1	2	9
Malformações congênicas e anomalias cromossômicas	1	1	0	0	2
Mal Definidas	0	1	2	1	4
Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios)	13	21	12	17	63

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 01/08/17

Tabela 6: Óbitos por faixa etária segundo causas capitulos, Rio Bananal, 2016.

Causas Capitulos	Menor de 1 ano	1 a 4 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
TOTAL	2	1	2	6	6	5	16	16	11	34	99
Neoplasias (tumores)	0	1	0	2	1	1	4	7	3	10	29
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	2	1	5	4	4	8	24
Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios)	0	0	1	3	3	3	3	0	2	2	17
Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	2	2	1	3	8
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4
Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	3
Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Algumas afec originadas no período perinatal	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Mal Definidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

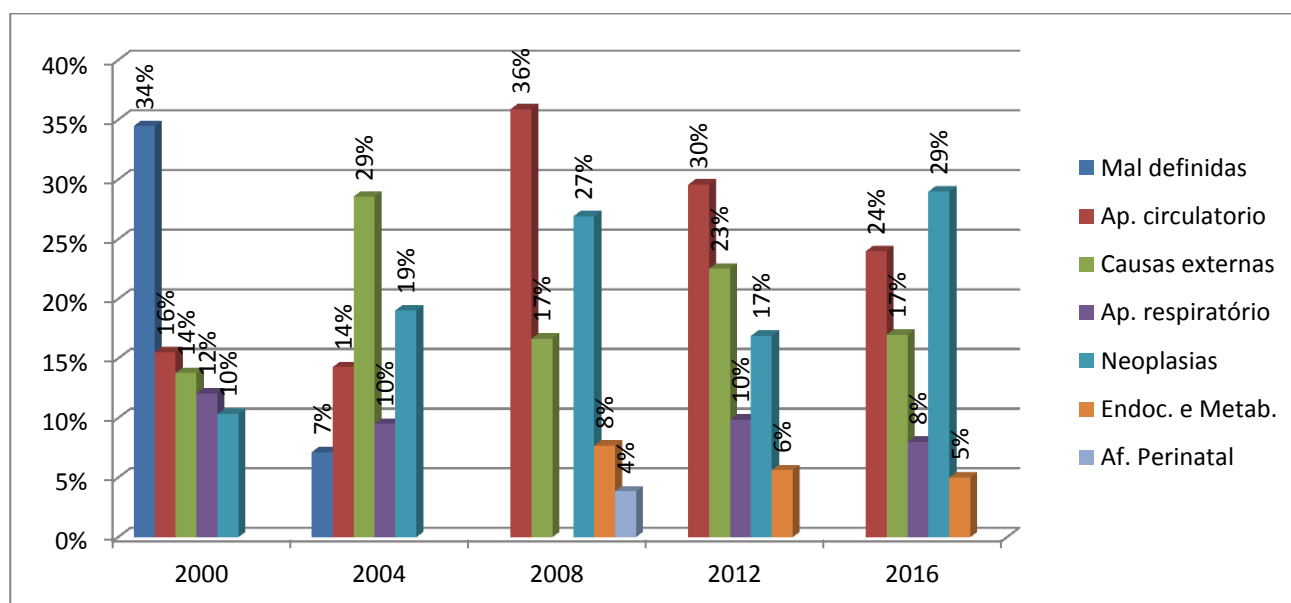
Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 01/08/17

Tabela 7: Óbito por sexo segundo causas capítulos. Rio Bananal. 2016.

Causas Capítulos	Masc	Fem	Total
TOTAL	63	36	99
Neoplasias (tumores)	23	6	29
Doenças do aparelho circulatório	13	11	24
Causas externas (acidentes,homicídios e suicídios)	15	2	17
Doenças do aparelho respiratório	6	2	8
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	4	5
Doenças do sistema nervoso	2	2	4
Doenças do aparelho digestivo	1	2	3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	2	3
Doenças do aparelho geniturinário	1	1	2
Algumas afec originadas no período perinatal	0	2	2
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	1	1
Mal Definidas	0	1	1

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 01/08/17

Gráfico 6: Principais causas de mortalidade nos anos 2000, 2004, 2008, 2012 e 2016. Rio Bananal.



Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 01/08/17

**Tabela 8: Óbito segundo Neoplasias. Rio Bananal, 2016.
Primeira Causa de Mortalidade em 2016**

Neoplasias	Total	%
TOTAL	29	100,00
C16 Neopl maligno do estomago	6	20,69
C61 Neopl maligno da prostata	3	10,34
C83 Linfoma nao-Hodgkin difuso	2	6,89
C15 Neopl maligno do esofago	2	6,89
C71 Neopl maligno do encefalo	2	6,89
C26 Neopl maligno outr mal def aparelho digestivo	1	3,45
C85 Linfoma nao-Hodgkin de outr tipos e tipo NE	1	3,45
C22 Neopl maligno figado vias biliares intra-hepat	1	3,45
C32 Neopl maligno da laringe	1	3,45
C92 Leucemia mieloide	1	3,45
C91 Leucemia linfoide	1	3,45
C18 Neopl maligno do colon	1	3,45
C34 Neopl maligno dos bronquios e dos pulmoes	1	3,45
C43 Melanoma maligno da pele	1	3,45
C78 Neopl maligno secund org respirat e digestivos	1	3,45
C40 Neopl maligno ossos/cartilag artic membros	1	3,45
C23 Neopl maligno da vesicula biliar	1	3,45
C76 Neopl maligno outr localiz e mal definidas	1	3,45
C64 Neopl maligno do rim exceto pelve renal	1	3,45

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 01/08/17

**Tabela 9: Óbito segundo Doenças do aparelho circulatório. Rio Bananal, 2016.
Segunda Causa de Mortalidade em 2016**

Causas 3 Dígitos	Óbito	%
TOTAL	24	100,00
I21 Infarto agudo do miocardio	10	41,70
I61 Hemorragia intracerebral	3	12,50
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	3	12,50
I50 Insuf cardiaca	2	8,34
I26 Embolia pulmonar	1	4,16
I13 Doenc cardiaca e renal hipertensiva	1	4,16
I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	1	4,16
I25 Doenc isquemica cronica do coracao	1	4,16
I71 Aneurisma e disseccao da aorta	1	4,16
I38 Endocardite de valva NE	1	4,16

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 01/08/17

**Tabela 10: Óbito segundo Causas Externas. Rio Bananal, 2016.
Terceira Causa de Mortalidade em 2016**

Causas Externas	Total	%
TOTAL	17	100,00
Acidentes de Transportes	6	35,29
Homicidio	5	29,41
Outros Acidentes	3	17,65
Queda	2	11,77
Eventos cuja intenção é indeterminada	1	5,88

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 01/08/17

A mortalidade infantil apresenta taxas oscilantes com variações significativas dificultando a determinação da tendência nos últimos 10 (dez) anos (2006-2016). Neste período, a menor taxa foi registrada em 2009 quando não ocorreram óbitos infantis, porém atingiu o pico de 20 por mil nascidos vivos no ano de 2013.

Em 2016 foram registrados 2 (dois) óbitos em menores de 01 ano apresentado taxa de 8,19 por 1000 nascidos vivos sendo um neonatal precoce e outro neonatal tardio relacionados ao pré-natal e parto em condições redutíveis por causas evitáveis.

O município pactuou manter a taxa de mortalidade infantil em pelo menos 01 (um) dígito, ou seja, <10 por mil nascidos vivos e 100% (cem por cento) dos óbitos infantis investigados.

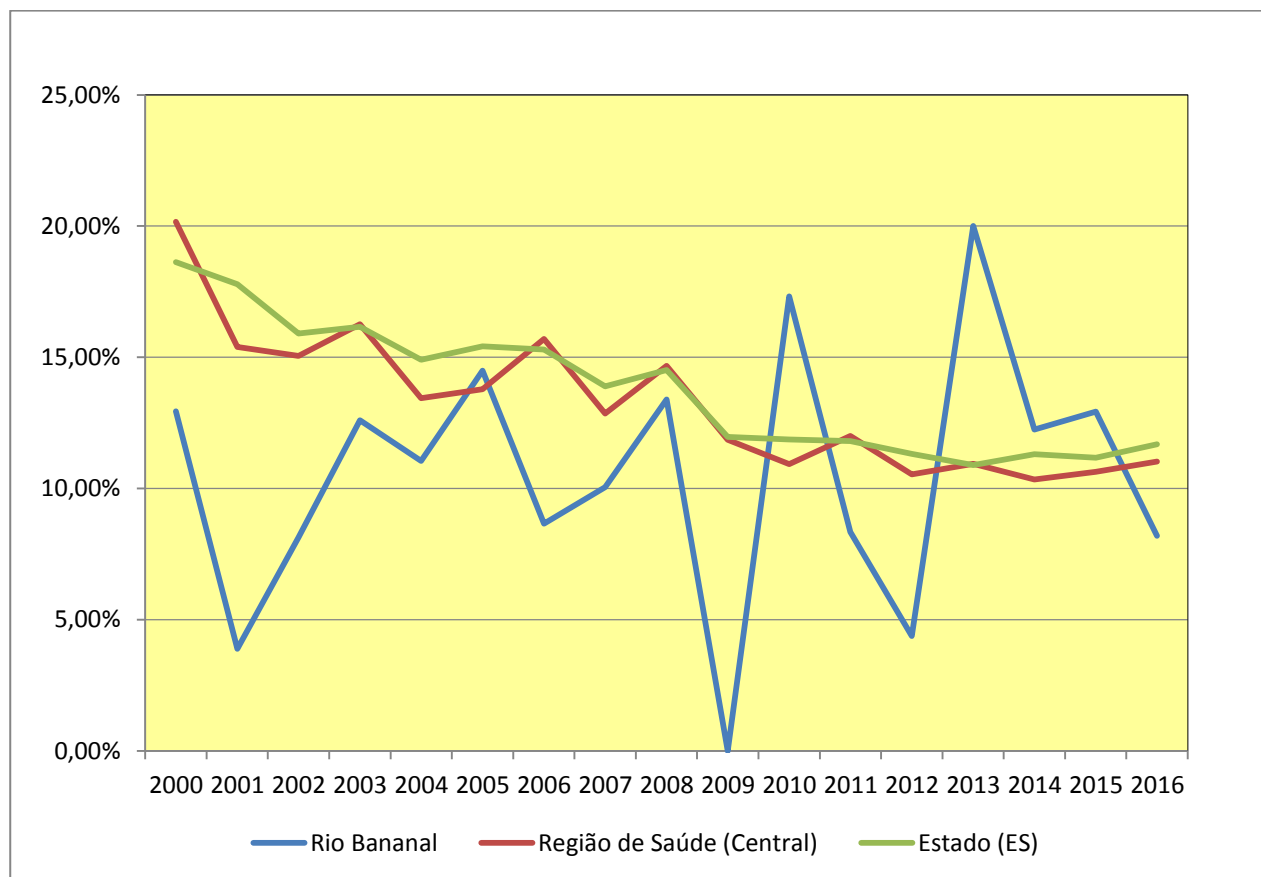
A tabela 11 demonstra as taxas de mortalidade infantil no município de Rio Bananal segundo os componentes ao longo dos dez últimos anos.

Tabela 11: Mortalidade infantil por componente (por mil nascidos vivos), Rio Bananal, 2006-2012.

Ano	Óbitos infantis	Nascidos vivos	Taxa mortalidade infantil	Neonatal precoce (<07 dias)		Neonatal tardia (7 a 27 dias)		Pós neonatal (28 dias a 1 ano)	
				Nº	%	Nº	%	Nº	%
2006	2	231	8,65	2	8,65	0	0	0	0
2007	2	199	10,05	1	5,03	0	0	1	5,03
2008	3	224	13,39	2	8,93	1	4,46	0	0
2009	0	213	0	0	0	0	0	0	0
2010	4	231	17,32	1	4,33	1	4,33	2	8,66
2011	2	240	8,34	0	0	2	8,34	0	0
2012	1	229	4,37	1	4,37	0	0	0	0
2013	5	250	20,00	3	12,00	2	8,00	0	0
2014	3	245	12,24	1	4,08	1	4,08	1	4,08
2015	3	232	12,93	1	4,31	0	0	2	8,62
2016	2	244	8,19	1	4,10	1	4,10	0	0

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 08/08/17

Gráfico 7: Série histórica da mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Rio Bananal, Região de Saúde e Espírito Santo, 2000-2016



Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 25/09/13

Tabela 12: Óbito por Ano do Óbito segundo Causas Evit. <1ano. Rio Bananal, 2013-2016

Causas Evit. <1a	2013	2014	2015	2016
TOTAL	5	3	3	2
Redutives por Adequado Controle na Gravidez	1	0	1	2
. Afec Mat afetando o Feto e o RN	1	0	0	0
. Duracao Curta Gestacao e Peso Baixo	0	0	1	0
. Sindrome Angustia Respiratoria	0	0	0	2
Redutíveis por Adequada Atencao Parto	2	1	0	0
. Compl Placenta, Cordao afet Feto e RN	2	0	0	0
. Hipoxia intra-uterina e Asfixia nascer	0	1	0	0
Redutíveis por Diag e Trat Precoces	1	1	1	0
. Doencas Sistema Nervoso e Orgaos dos Sentidos	0	0	1	0
... Transt sist nerv periferico	0	0	1	0
. Doencas do aparelho respiratorio	0	1	0	0
... Pneumonia e bronquiolite aguda	0	1	0	0
. Afeccoes perinatais	1	0	0	0
... Transt perinatais apar digestivo	1	0	0	0
Redutíveis através Parcerias outros setores	1	1	1	0
. Anomalias cong n esp no grupo de causas nao evit	1	1	0	0
. Causas externas	0	0	1	0
... Quedas acidentais	0	0	1	0

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 08/08/17

O perfil da **morbidade** direciona-se para as doenças do aparelho digestivo, respiratório, circulatório, geniturinário, doenças infecciosas e lesões, envenenamento e consequências de outras causas externas. As doenças relacionadas a estes grupos de causas estão entre as principais causas de morbidade conforme apresentado no gráfico 9. Observa-se que as causas externas aparecem entre as cinco principais causas no ano de 2012 e assumem a primeira causa de morbidade em 2016. As afecções originadas no período perinatal são as maiores causas de morbidade em crianças menores de 1 ano responsáveis por 60% (sessenta por cento) das internações nesta faixa etária. Já entre as crianças de 1 a 9 anos, destaca-se as doenças do aparelho respiratório com aproximadamente 41% (quarenta e um por cento) das internações nesta faixa etária.

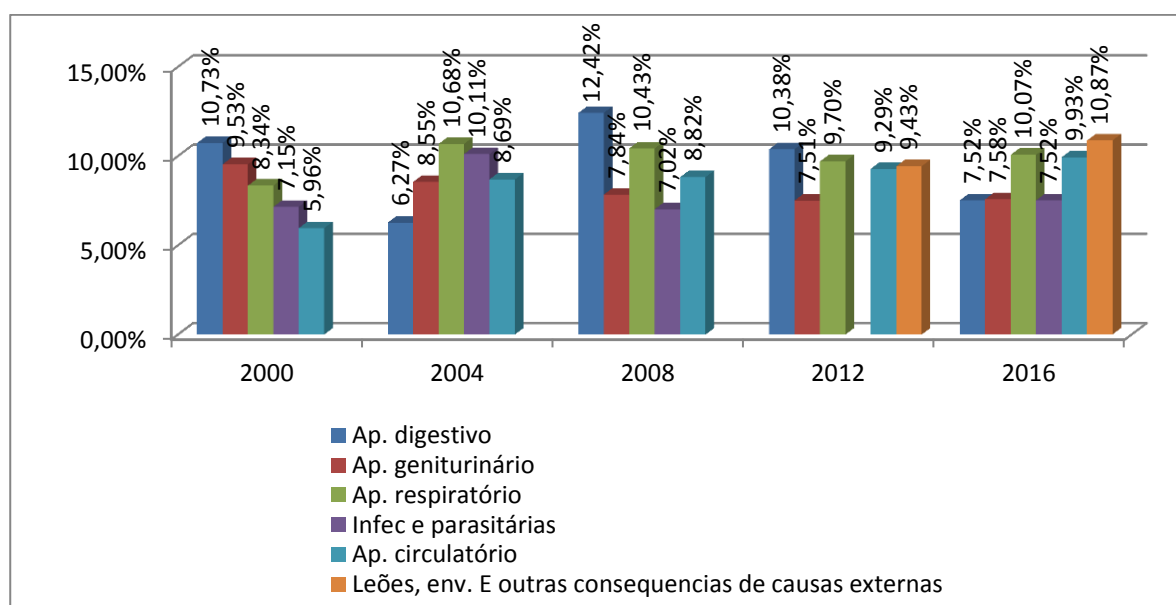
Na população de adolescentes e jovens se destaca as internações por gravidez, parto e puerpério (41,54%), iniciação precoce na vida sexual e uso de álcool e drogas e, como consequência gravidez, dependência química e DST's.

Entre os adultos, além das causas relacionadas à gravidez, chama à atenção as causas externas com aproximadamente 15% (quinze por cento) das internações.

As doenças que mais acometem os idosos relacionam-se aos aparelhos circulatório e respiratório.

Entre os homens, as principais causas de morbidade são as fraturas, pneumonias, hipertensão, infarto, hérnias e doenças do estômago e fígado. Já nas mulheres além do parto, natural no ciclo de vida feminino, destacam-se as pneumonias, hipertensão, isquemias do coração, doenças do aparelho geniturinário, doenças bacterianas e neoplasias malignas com destaque para CA de mama.

Gráfico 8 - Principais causas de morbidade hospitalar por grupo de causa CID 10. Rio Bananal, 2000, 2004, 2008, 2012 e 2016.



Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 14/08/17

Tabela 13: Internações por Capítulo CID-10. Rio Bananal, 2013-2016

Capítulo CID-10	2012	2013	2014	2015	2016
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	35	42	44	65	56
II. Neoplasias (tumores)	33	30	72	61	47
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	7	11	6	5	7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18	26	19	31	36
V. Transtornos mentais e comportamentais	11	16	6	3	0
VI. Doenças do sistema nervoso	15	17	14	13	19
VII. Doenças do olho e anexos	2	4	6	4	2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	2	1	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	68	60	30	58	74
X. Doenças do aparelho respiratório	71	58	37	44	75
XI. Doenças do aparelho digestivo	76	53	86	31	56
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	28	17	8	13	13
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	28	25	17	34	43
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	55	36	44	50	58
XV. Gravidez, parto e puerpério	175	139	105	123	134
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	23	25	3	10	24
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	9	5	9	4
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	6	4	2	5	6
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	69	76	76	80	81
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	1	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	8	9	1	3	8
Total	732	658	583	643	745

Gráfico 9: Morbidade hospitalar por grupo de causas CID 10. Rio Bananal, 2016.

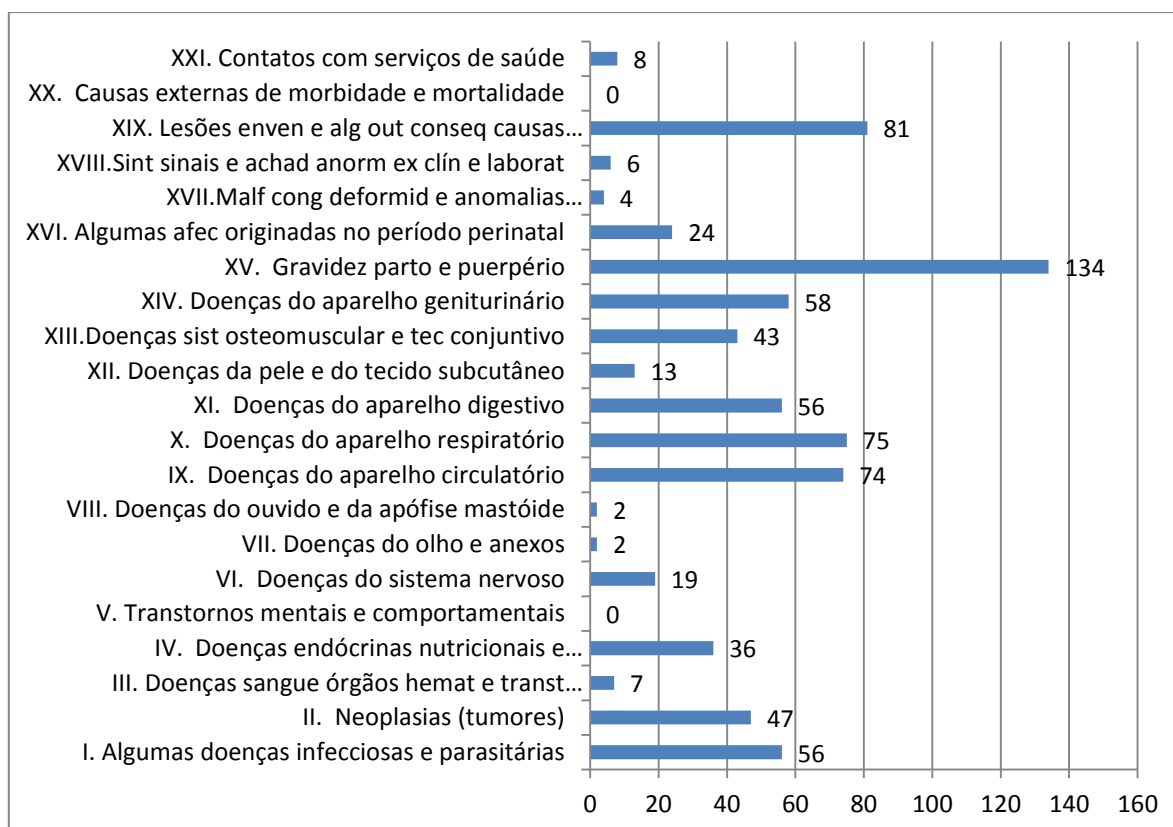


Tabela 14: Principais Causas de Morbidade Hospitalar, por faixa etária. Rio Bananal, 2016.

FAIXA ETÁRIA	CAPITULOS CID 10	(%)
Menor de 1 ano	Algumas afec originadas no período perinatal	60,53
	Doenças do aparelho respiratório	10,53
	Outras Causas	28,91
Crianças (1 a 9 anos)	Doenças do aparelho respiratório	40,98
	Doenças do aparelho digestivo	21,31
	Doenças do aparelho geniturinário	13,12
	Outras causas	24,59
Adolescentes e jovens (10 a 19 anos)	Gravidez, parto e puerpério	41,54
	Doenças do aparelho respiratório	10,77
	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseq causas externas	10,77
	Doenças do aparelho geniturinário	9,23
	Doenças do aparelho digestivo	7,69
	Outras causas	20,00
Adultos (20 a 59 anos)	Gravidez, parto e puerpério	29,08
	Lesões envenenamentos e algumas outras conseq causas externas	14,40
	Doenças do sistema osteomuscular e tec. conjuntivo	9,78
	Neoplasias	7,34
	Doenças do aparelho geniturinário	7,06
	Doenças do aparelho digestivo	6,79
	Doenças infecciosas e parasitárias	5,98
	Doenças do aparelho circulatório	4,62
	Outras causas	14,95
Idosos (60 anos e +)	Doenças do aparelho circulatório	25,82
	Doenças do aparelho respiratório	12,21
	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11,27
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	9,86
	Neoplasias	8,45
	Lesões envenenamentos e algumas outras conseq causas externas	8,45
	Doenças do aparelho geniturinário	7,51
	Outras causas	16,43

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 11/08/17

A) Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

Embora as doenças não transmissíveis sejam responsáveis pela maior parte das internações dos residentes, as doenças transmissíveis ainda impactam o perfil de morbidade, quando analisadas as doenças de notificação compulsória. Destaque para os acidentes por animais peçonhentos e atendimento antirrábico. Observa-se redução nos casos de varicela com o advento da vacina.

A regularidade da alimentação do sistema de informação dos agravos notificáveis oferece um panorama da situação de saúde do município em relação aos agravos de notificação compulsória. A tabela abaixo apresenta os dados dos casos confirmados dos agravos nos últimos quatro anos.

Tabela 15 – Casos confirmados das Doenças e Agravos de notificação compulsória. Rio Bananal, 2013 - 2016

AGRAVO	2013	2014	2015	2016
Acidente por animais peçonhentos	116	109	107	142
Acidente de Trabalho Grave	-	1	-	2
Acidente Material Biológico	1	-	1	-
AIDS	4	19	3	5
Atendimento antirrábico	128	132	126	120
Coqueluche	3	3	-	-
Dengue	9	7	5	7
Esquistossomose	9	6	3	4
Eventos Adversos pós vacina	-	1	2	1
Febre Chikungunya	-	-	-	8
Hanseníase	4	5	4	4
Hepatites virais	5	14	19	4
Intoxicação Exógena	29	10	8	18
Leishmaniose	-	1	-	-
Leptospirose	-	2	1	-
Meningite	2	1	-	-
Sífilis Congênita	-	-	2	-
Sífilis em Gestante	1	4	2	4
Sífilis não especificada	4	9	9	10
Síndrome do corrimento uretral em homem	-	1	1	-
Toxoplasmose	-	-	2	1
Tuberculose	4	2	2	2
Varicela	86	49	24	6
Violência interpessoal/autoprovocada	16	7	8	17
TOTAL	421	383	329	355

Fonte: SINAN

B) Doenças Transmissíveis

Em relação à **dengue** o município encontra-se no nível de incidência média considerando o número de notificações, ou seja, entre 100 a 300 casos por 100.000 habitantes. Em 2015 foi confirmado 01 (um) caso na forma grave da doença evoluindo para óbito. O município teve 8 (oito) casos confirmados de **chikungunya** em 2016, não registrando casos de **zika**.

Tabela 16 – Incidência da dengue segundo casos notificados. Rio Bananal, 2013 - 2016

ANO	POPULAÇÃO	CASOS NOTIFICADOS	% INCIDÊNCIA
2013	18.892	35	185,26
2014	19.038	50	262,63
2015	19.181	38	198,11
2016	19.321	30	155,27

A **hanseníase** apresentou nível endêmico alto em 2011 (6,84 casos/10.000) com 12 casos confirmados e 80% de cura, caindo para o nível endêmico médio a partir de 2012, porém a taxa de prevalência está acima da média estadual que registrou nível endêmico baixo em 2016 com taxa de 0,59/10.000 e o município 2,07/10.000 no mesmo período, demandando intensificação das ações para eliminação da doença, por outro lado, o alto índice de detecção demonstra a capacidade da vigilância epidemiológica em detectar, notificar, investigar e confirmar casos de hanseníase. O município tem alcançado 100% (cem por cento) de cura dos casos de hanseníase nos anos de 2014 a 2016.

Tabela 17 – Prevalência e percentual de cura da hanseníase. Rio Bananal, 2013 - 2016

ANO	POPULAÇÃO	CASOS	% PREVALÊNCIA	% CURA
2013	18.892	4	2,12	83,34
2014	19.038	5	2,62	100,00
2015	19.181	4	2,08	100,00
2016	19.321	4	2,07	100,00

A taxa de incidência da **tuberculose** apresentou redução de 50% (cinquenta por cento) a partir de 2014 com 100% (cem por cento) de cura nos anos de 2015 e 2016. Em 2015 a taxa de incidência foi de 10,43/100.000 abaixo da média estadual (29,5) e do Brasil (33,6)

A taxa de incidência estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas. É um indicador do nível de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da

população. Em geral, altas taxas de tuberculose refletem baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida.

Tabela 18 – Incidência e percentual de cura da tuberculose segundo casos confirmados. Rio Bananal, 2013 - 2016

ANO	POPULAÇÃO	CASOS	% INCIDÊNCIA	% CURA
2013	18.892	4	21,17	75,00
2014	19.038	2	10,50	75,00
2015	19.181	2	10,43	100,00
2016	19.321	2	10,35	100,00

A **Esquistossomose** está relacionada à falta de saneamento básico e a educação sanitária da população, mas em Rio Bananal, segundo a vigilância epidemiológica, os casos relacionam-se com o processo migratório da colheita do café, ou seja, são casos importados. A incidência da doença no município vem reduzindo nos últimos anos, porém a região de saúde agrega municípios endêmicos e o estado apresenta os maiores índices da federação.

O município tem alto índice de **hepatite B**, mais presente na faixa etária adulta para idosa, dada a inexistência da vacina que garantisse a imunidade e a precariedade no processo de esterilização nos postos de saúde de então. A **sífilis** se destaca entre os casos de doenças sexualmente transmissíveis. Quanto à **AIDS**, nos últimos quatro anos 30 (trinta) casos foram notificados. Atualmente 36 (trinta e seis) munícipes estão diagnosticados e 29 (vinte e nove) estão em tratamento correspondendo a 80% (oitenta por cento) do total de pacientes diagnosticados, percentual abaixo dos 90% (noventa por cento) preconizado pelo Ministério da Saúde. Não há registro de casos de transmissão vertical (mãe/filho). A introdução dos exames de testes rápidos no sistema de saúde tem contribuído para o diagnóstico precoce destas doenças e reduzindo agravos por transmissão vertical.

C) Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT's

Entre as doenças não transmissíveis, a hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, neoplasias estão entre as principais causas de morbidade no âmbito municipal.

As doenças não transmissíveis são responsáveis por algo em torno de 25% das internações hospitalares e em média 50% (cinquenta por cento) dos óbitos.

Tais doenças e condições crônicas resultam da interação de fatores hereditários, nutricionais relacionadas à alimentação inadequada (consumo excessivo de sal, de açúcar, de gorduras

saturadas, a ingestão insuficiente de frutas e verduras), ou contaminada por poluentes, ocupações de risco, alcoolismo, tabagismo, inatividade física ou outros hábitos. Esses fatores são resultantes do estilo de vida além dos determinantes sociais (as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, renda e as desigualdades no acesso à informação).

D) Doenças Imunopreveníveis

O município vem alcançando excelentes índices de cobertura vacinal, prevenindo e mantendo controle das doenças imunopreveníveis.

Tabela 19 – Coberturas vacinais por imunobiológicos. Rio Bananal. 2013-2016.

Imuno	2013	2014	2015	2016	Total
BCG	21,67	21,93	49,2	28,98	30,74
Hepatite B em < 1mês	-	20,61	25,2	37,96	21,08
Rotavírus Humano	106,67	122,81	116	106,53	112,88
Meningococo C	108,75	126,75	112	108,98	113,91
Hepatite B	127,08	121,05	126,4	171,84	136,86
Penta	118,33	121,05	118,4	105,71	115,78
Pneumocócica	120,42	121,05	122,4	110,61	118,59
Poliomielite	118,75	120,18	116,8	108,98	116,1
Febre Amarela	0,83	1,32	0,4	0,41	0,73
Febre Amarela 4 anos	0,1	0,41	100,4	0,85	10,69
Hepatite A	-	61,84	86	135,92	71,55
Pneumocócica(1º ref)	120,83	125	116,4	117,96	119,94
Meningococo C (1º ref)	105,42	120,61	110,8	145,31	120,56
Poliomielite(1º ref)	111,25	127,19	108,4	140,82	121,81
Tríplice Viral D1	111,25	121,93	112,4	117,14	115,58
Tríplice Viral D2	167,08	143,86	104,4	124,49	134,48
Tetra Viral(SRC+VZ)	63,75	132,02	86,4	0,82	69,78
DTP (Tetra\Penta)	118,75	121,49	118,4	105,71	115,99
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	105,42	128,07	101,2	49,39	95,43
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	62,5	84,65	59,2	82,86	72,07
dTpa gestante	4,58	30,7	55,2	90,2	45,69
HPV Quadrivalente D1 9 anos - Feminino	...	...	...	81,95	229,32
HPV Quadrivalente D2 9 anos - Feminino	...	...	...	36,84	87,22
HPV Quadrivalente D1 10 anos - Feminino	...	...	...	5,07	113,04
HPV Quadrivalente D2 10 anos - Feminino	...	...	...	12,32	113,77
HPV Quadrivalente D1 11 anos - Feminino	...	...	...	2,1	174,83
HPV Quadrivalente D2 11 anos - Feminino	...	...	...	4,9	156,64
HPV Quadrivalente D1 12 anos - Feminino	...	...	...	2,04	107,48
HPV Quadrivalente D2 12 anos - Feminino	...	...	...	4,08	119,73
HPV Quadrivalente D2 13 anos - Feminino	...	...	...	1,33	108,67

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 29/09/17

*A BCG é realizada na maternidade em Linhares.

1.3 Aspectos Socioeconômicos

Em 2015, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 14.4%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 36 de 78 e 45 de 78, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2500 de 5570 e 2274 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 36.6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 39 de 78 dentre as cidades do estado e na posição 3244 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

A taxa de desemprego, ou seja, o percentual da população acima de 16 anos, economicamente ativa, desocupada é de 2,66%. O índice de desenvolvimento humano (IDH) segundo o IBGE/2000 é de 0,725, quadragésimo no ranking estadual, já o IDHM – índice de desenvolvimento humano municipal - em 2010 é de 0,681, faixa de IDHM considerada média e o índice de desenvolvimento infantil 2004 é de 0,675.

Em 2014, tinha um PIB per capita de R\$ 16900.16. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 33 de 78. Já na comparação com cidades do Brasil todo, sua colocação era de 2226 de 5570. Em 2015, tinha 76.9% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação às outras cidades do estado, estava na posição 58 de 78 e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 4075 de 5570.

Há, no município, predomínio das pequenas propriedades rurais, motivo pelo qual a maior parte da população ocupada se concentra nas atividades agropecuárias como meeiros ou pequenos produtores rurais. O município também sofre influência migratória por causa da colheita do café e com essa população flutuante também aumentam os problemas de doenças (DSTs/TB), gravidez, alcoolismo, drogas e violência.

O censo registrou em 2010, taxa de analfabetismo de 13,5% concentrada na faixa etária acima de 60 anos, acima da taxa da região de saúde, do estado e do país.

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.5 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 43 de 78. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 18 de 78. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 95.4 em 2010. Isso posicionava o município na posição 71 de 78 dentre as cidades do estado e na posição 4893 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Tabela 20: Renda, desemprego e analfabetismo - Rio Bananal, Região de Saúde, Espírito Santo e Brasil, 2010

Indicador	Rio Bananal	Região de Saúde	Espírito Santo	Brasil
Renda < ¼ salário	13,13	11,07	10,58	16,22
Renda < ½ salário	36,40	30,89	28,85	34,67
Renda média per capta	539,06	656,03	795,33	767,02
Índice de desemprego	2,66	6,58	6,97	7,42
Taxa de analfabetismo	13,50	10,10	8,00	9,40

FONTE: IBGE. Censo 2010

Apresenta 32.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 69.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 16.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 69 de 78, 31 de 78 e 51 de 78, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 2985 de 5570, 3124 de 5570 e 2113 de 5570, respectivamente.

Em 2015 o município tinha 6.364 (seis mil, trezentos e sessenta e quatro) domicílios cadastrados, dos quais, uma média de 92% (noventa e dois por cento) dos tipos de casa construídas de tijolo. A sede do município e o distrito de São Jorge de Tiradentes possuem estação de tratamento de água e esgoto com coleta regular do lixo os quais são queimados a céu aberto, dispostos em lixão. Em média 60% (sessenta por cento) dos domicílios têm abastecimento de água proveniente de poço ou nascente e 33% (trinta e três por cento) não faz nenhum tipo de tratamento da água. O município tem implantado o programa de vigilância da qualidade da água para consumo humano – VIGIÁGUA, alimentando regularmente o sistema de informação – SISÁGUA, cujas ações de vigilância permitem a identificação de fatores de risco à saúde associados à água como a verminose e a parasitose que estão entre as principais queixas ambulatoriais. Quase que a totalidade dos domicílios ribanenses possuem energia elétrica. Apesar de 50% (cinquenta por cento) dos domicílios disporem de coleta regular do lixo, estes são dispostos em lixão.

Tabela 21: Domicílios por tipo, condições de saneamento e energia elétrica – Rio Bananal, 2015.

TIPO DE CASA		
Tijolo/Adobe	5.889	92,54%
Taipa revestida	19	0,30%
Taipa não revestida	11	0,17%
Madeira	417	6,55%
Material aproveitado	05	0,08%
Outros	23	0,36%
ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
Rede Pública	2.527	39,71%
Poço ou nascente	3.832	60,21
Outros	05	0,08
TRATAMENTO DA ÁGUA		
Filtração	3.147	49,45%
Fervura	17	0,27%
Cloração	1.065	16,73%
Sem tratamento	2.135	33,55%
DESTINO DO ESGOTO		
Sistema de Esgoto	2.163	34,00%
Fossa	3.818	60,00%
Céu Aberto	383	6,00%
DESTINO DO LIXO		
Coleta Pública	3.314	52,07%
Queimado/Enterrado	2894	45,48%
Céu Aberto	156	2,45%
ENERGIA ELÉTRICA		
Energia	6.353	99,83%
TOTAL DOMICILIOS	6.364	100,00%

Fonte: www.saude.es.gov.br, acessado em 29/09/17

2 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

2.1 Capacidade Instalada

A) Atenção Básica

A rede ambulatorial conta com 05 (cinco) unidades de saúde de natureza pública sendo 03 (três) na sede e 03 (três) na zona rural.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido o modelo de organização deste nível de atenção cobrindo 100% da população. O território municipal está dividido em 07 (sete) áreas com 05 (cinco) unidades que abrigam as equipes de saúde da família: US São Sebastião com 02 equipes (São Sebastião e N^a S^a de Fátima), US Santo Antônio também com 02 equipes (Santo Antônio e Divino Pai Eterno) ambas na sede e a US São Jorge do Tiradentes, US Santa Rita e US São Francisco, com 01 equipe cada, localizadas na zona rural.

Aproximadamente 70% da população é coberta pelas ações da saúde bucal, sendo que 03 (três) equipes da ESF (São Jorge e N^a. S^a. de Fátima e Santo Antônio) estão habilitadas na saúde bucal modalidade I, representando cobertura de aproximadamente 53% (cinquenta e três por cento). A população das demais áreas tem acesso aos serviços nos consultórios tradicionais.

O NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, criado para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência das ações da atenção básica, é uma iniciativa ainda não adotada pelo município como também o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial na área de saúde mental.

As instalações físicas da unidade de Santa Rita não são adequadas aos parâmetros de uma unidade básica de saúde em prejuízo da humanização, acolhimento e qualidade dos serviços.

B) Assistência Ambulatorial Especializada

A Unidade Sanitária de Rio Bananal localizada na sede do município realiza atendimento básico nas áreas de clínica médica, pediátrica e gineco-obstetrícia. Além destas referências a unidade atende também algumas especialidades como: cardiologia, ortopedia, infectologia, reumatologia, serviços de odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, patologia clínica, colposcopia e eletrocardiograma. Os serviços de radiodiagnóstico são prestados nas dependências do Hospital e Maternidade “Alfredo Pinto Santana” e outras ações e serviços que são próprias do nível secundário. O serviço de patologia clínica é terceirizado.

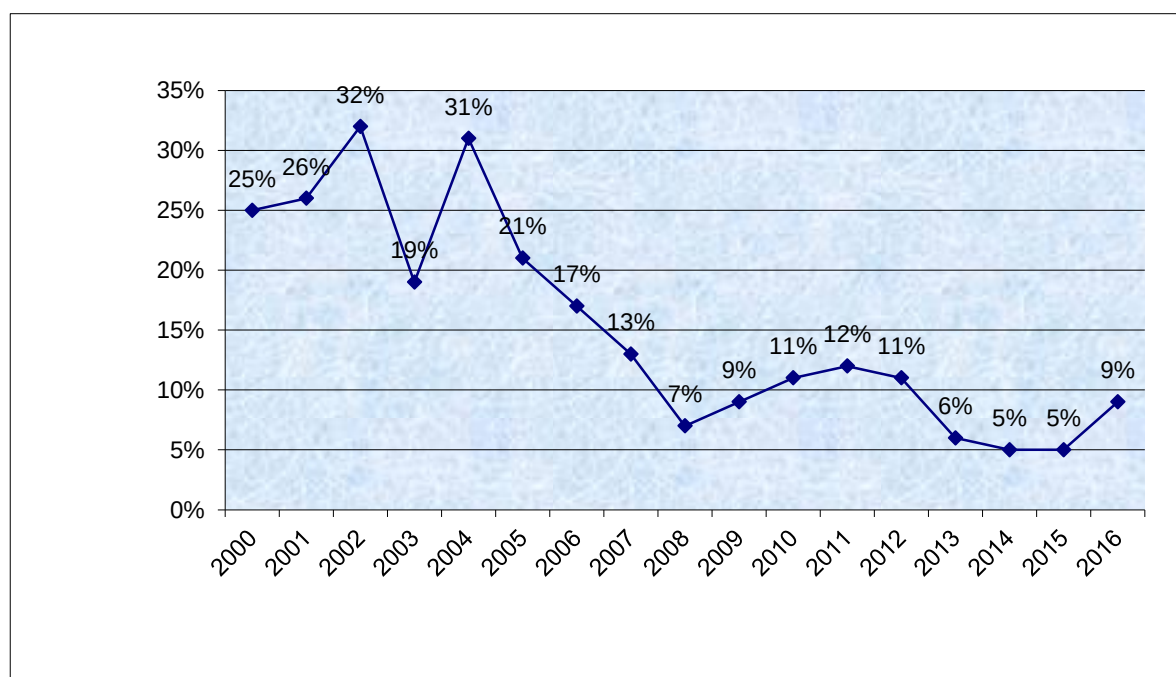
C) Assistência Especializada por meio de Consórcio Intermunicipal

Algumas especialidades e serviços são realizados por meio do CIM POLINORTE ao qual o município está integrado: Ortopedia, Infectologia, Cardiologia, Reumatologia e Fisioterapia.

D) Assistência Hospitalar

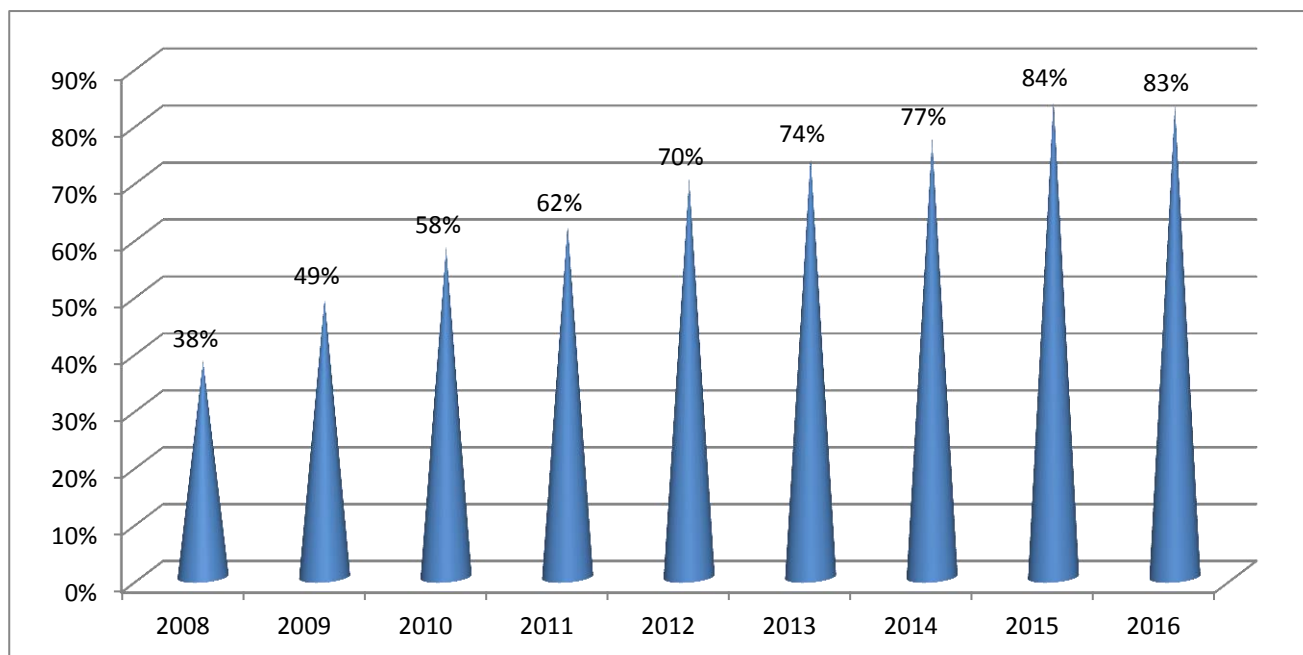
O município de Rio Bananal possui estabelecimento de natureza pública classificado como hospital de pequeno porte com 26 leitos SUS, sendo o único estabelecimento hospitalar no território, ainda assim, é um hospital de baixa ocupação/dia em relação ao número de leitos e de alta taxa de internações por causas sensíveis à atenção básica caracterizando-se como uma “unidade mista”.

Gráfico 10: Taxa de Ocupação do Hospital “Alfredo Pinto Santana”, 2000-2016.*



*Taxa de ocupação calculada multiplicando o número de internações por local de ocorrência pela média de permanência no período, dividindo-se pelo número de leitos multiplicado por 365 dias por 100.

Gráfico 11: Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica. Hospital e Maternidade “Alfredo Pinto Santana”. 2008-2016.*



*Número de internações por causas sensíveis à atenção básica dividida pelo total de internações clínicas realizadas no hospital local com base no caderno de diretrizes dos pactos edição 2014.

E) Assistência de Urgência/Emergência

O hospital local conta com um pronto atendimento funcionando 24h, caracterizando-se como porta de entrada deste nível de atenção incluindo encaminhamento para outras unidades hospitalares, através de serviço de ambulância.

F) Assistência Farmacêutica

A garantia do acesso aos medicamentos básicos e aos insumos não depende apenas dos recursos financeiros garantidos pela legislação. Também é necessária uma melhor organização dos serviços e uma estrutura física adequada que garanta a qualidade dos produtos dispensados à população.

A estrutura física da farmácia básica apresenta-se inadequada e insuficiente para o armazenamento de medicamentos. Também, em relação aos recursos humanos o número de atendentes é insuficiente para a demanda da farmácia, além de não ter o profissional farmacêutico durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento.

A portaria GM/MS nº 2001/2017 de 03 de agosto de 2017 altera a Portaria GM/MS nº 1.555/2013 que dispõe os valores mínimos a serem aplicados pelas esferas de governo cujo financiamento tripartite chegaria a R\$10,30 hab./ano para assistência farmacêutica básica, porém, a política estadual de assistência farmacêutica propõe a ampliação deste financiamento incrementando a contrapartida estadual e municipal em R\$1,14 e R\$1,04, respectivamente totalizando R\$12,48 por hab./ano.

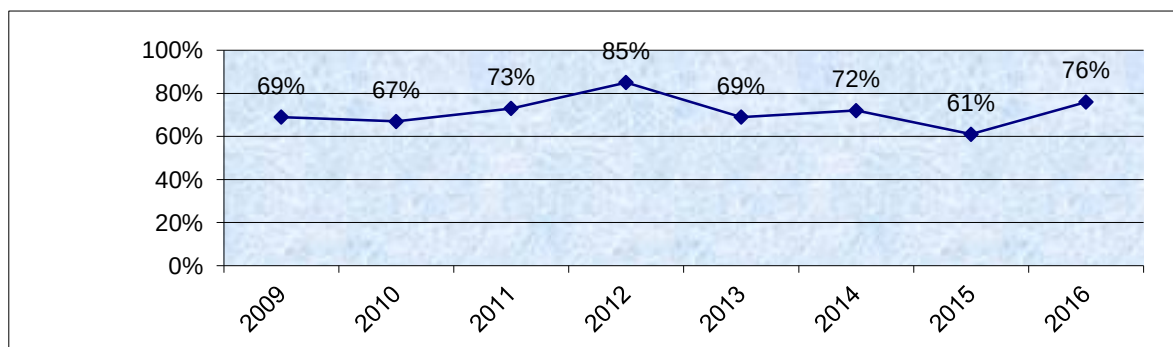
Esfera de governo	União	Estado	Município
Portaria 1.555/13 e 2001/17	R\$ 5,58 hab./ano	R\$ 2,36 hab./ ano	R\$ 2,36 hab./ano
Incremento (política estadual)		R\$ 1,14 hab./ano	R\$ 1,04 hab./ano
TOTAL	R\$ 5,58 hab./ano	R\$ 3,50 hab./ano	R\$ 3,40 hab./ano

Podemos considerar que a demanda dos medicamentos básicos é uma medida da disponibilidade ou acesso de medicamentos para uma determinada população, sendo realizada dividindo o número de especialidades farmacêuticas em estoque pelo número total da relação de medicamentos básicos por 100. A tabela a seguir mostra o resultado obtido em 2016 e o gráfico 12 apresenta a porcentagem média do estoque nos últimos oito anos:

Tabela 22: Porcentagem mensal de medicamentos disponíveis em estoque. Rio Bananal. 2016.

Meses	2016
Janeiro	54,6%
Fevereiro	72,2%
Março	65,7%
Abril	98,1%
Maio	93,5%
Junho	93,5%
Julho	85,2%
Agosto	73,1%
Setembro	74,1%
Outubro	69,4%
Novembro	66,6%
Dezembro	67,6%
Média	76%
Apresentações	108

Gráfico 12: Porcentagem média de medicamentos disponíveis em estoque. Rio Bananal. 2009-2016



G) Vigilância em Saúde

As ações de vigilância em Saúde são divididas em três áreas: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental.

A **Vigilância Epidemiológica** contribui para o entendimento da saúde da população partindo do conhecimento dos fatos que a determinam, provendo a adoção de medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

As ações da epidemiologia desenvolvem-se através de programas estratégicos cujas ações, em sua maioria estão descentralizadas na estratégia saúde da família e monitoradas por meio dos indicadores do pacto pela saúde.

Para efetividade das funções da vigilância epidemiológica há de se empenhar na análise dos dados na divulgação dos mesmos e proposição de políticas de saúde que impactem no perfil epidemiológico do município para que a vigilância não fique estagnada na notificação do fato ocorrido em detrimento da prevenção e promoção da saúde.

A **Vigilância Ambiental** busca incorporar, do ponto de vista da efetividade das ações, a questão ambiental dentro do setor saúde, contemplando ações e serviços de vigilância, prevenção e controle de agravos relacionados aos fatores de riscos ambientais e em especial vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, água para consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

Para um eficiente processo de consolidação da vigilância ambiental faz-se necessária a capacitação de técnicos para viabilizar o cumprimento das ações prioritárias e reverter a lógica de atuação dos agentes de vigilância ambiental, que hoje está centrada nas ações de combate à dengue, para uma ação mais dinâmica incorporando a lógica da territorialização da base geográfica e operacional, promover a integração da atuação dos guardas de endemias com os agentes comunitários de saúde/PSF.

A estrutura da vigilância ambiental conta com um profissional de nível médio na coordenação e agentes de endemias.

Anualmente a vigilância elabora o plano de contingência da dengue e febre hemorrágica com objetivo de implementar, de forma oportuna, medidas de controle da dengue, capacitação de profissionais da saúde e fluxograma da assistência.

O município não tem estruturada a vigilância em saúde do trabalhador.

A importância da ação regulatória da **Vigilância Sanitária** sobre as condições que determinam ou estão relacionadas com as condições de saúde e com a qualidade de bens e serviço de consumo evidencia a necessidade de uma preocupação maior com esse tipo de atividade, pois fica cada vez mais claro a responsabilidade do poder público quanto ao desenvolvimento ou não dessas ações com a eficiência e eficácia necessária.

A estrutura da vigilância sanitária do município é bem modesta contando com apenas 01 (um) fiscal sanitário de nível médio.

As ações da vigilância são monitoradas através do pacto de metas constantes do plano de ação elaborado anualmente a partir de 2008 onde o município pactuou ações da baixa complexidade e da média complexidade com exceção das indústrias de alimentos, farmácia e empacotadora de alimentos.

Observa-se necessidade de investir a equipe de autoridade sanitária por meio de atos legais, ampliação da equipe e atualização do código sanitário municipal.

No campo da legislação, o município possui código sanitário instituído pela Lei Municipal nº 0574/98 de 16/12/98 que não responde às necessidades atuais da vigilância sanitária, havendo necessidade de um novo código que respalde as ações da vigilância sanitária local. Há também o código de postura instituído pela Lei municipal nº 0049/84 cujas ações são realizadas conjuntamente com outras secretarias. A Portaria municipal nº 0150/2009 de 02 de fevereiro de 2009 designa autoridade sanitária no âmbito municipal. Não há base legal específica para controle de endemias e contratação de agentes e fiscais sanitários.

A PAVS – Programação das Ações de Vigilância em Saúde tem sido uma importante ferramenta de planejamento e atuação da vigilância voltada a eliminar, diminuir, controlar ou prevenir doenças, agravos e riscos à saúde.

Tabela 23: Estabelecimentos de saúde segundo tipo e natureza. Rio Bananal. 2017.

TIPO	NATUREZA		TOTAL
	Público	Privado	
2 - Centro de saúde/UBS	06	-	06
5 - Hospital Geral	01	-	01
22 - Consultório isolado	-	10	10
39 - Unidade de apoio SADT	-	11	11
68 - Central de gestão em saúde	01	-	01
TOTAL	08	21	29

Planilha dos Equipamentos Existentes Por Tipo

EQUIPAMENTOS		QUANTITATIVO		
		SUS	NÃO SUS	TOTAL
Imagem	Rx mais de 500 MA	01	00	01
	Rx dentário	05	11	16
	Ultrasson dopler colorido	00	01	01
Métodos gráficos	Eletrocardiógrafo	05	00	05
Manutenção da vida	Berço aquecido	01	00	01
	Fototerapia	02	00	02
	Reanimador pulmonar/ambu	05	00	05
Odontologia	Amalgamador	06	15	21
	Ap. profilático c/ jato de bicarbonato	03	19	22
	Caneta alta rotação	06	15	21
	Caneta baixa rotação	06	15	21
	Compressor odontológico	06	11	17
	Equipo odontológico completo	07	15	22
	Fotopolimerizador	06	14	20
Outros	Ap. de diatermia por ultrasson/ondas curtas	03	02	05
	Ap. de eletroestimulação	04	05	09
	Grupo gerador	01	00	01

Fonte: CNES outubro/2017

Os equipamentos disponíveis nos estabelecimentos de saúde para realização dos serviços prestados configuram-se como tecnologia leve (baixa complexidade tecnológica) determinando a oferta de serviços de menor complexidade.

Planilha de Capacidade Instalada: Atenção Básica

Ações e Serviços		
Atenção Básica	Estratégia Saúde da Família	Acompanhamento crescimento/desenvolvimento
		Atenção domiciliar
		Cadastramento familiar
		Classificação de risco familiar
		Coleta de citologia/papanicolau
		Assistência em hanseníase
		Assistência ao pré-natal e puerpério
		Assistência em tuberculose
		Sala de vacina/Imunização
	Programas	Alimentação e Nutrição
		DST/AIDS
		Hanseníase/Tuberculose
		Hipertensão/Diabetes
		Planejamento familiar
		Saúde bucal
		Saúde da criança
		Saúde do Adolescente
		Saúde da mulher
		Saúde do Homem
		Saúde do idoso
	Farmácia Básica	Fármacos do elenco do componente básico
		Medicamentos das linhas de cuidado do componente especializado
		Abertura de processo e solicitação de medicamentos não padronizados e/ou não ofertados no componente básico
	UBS	Clínica Geral
		Enfermagem
		Ginecologia/Obstetrícia
		Odontologia
		Pediatria
	Saúde Mental	Atenção Psicossocial

Planilha de Capacidade Instalada: Vigilância em Saúde

Ações e Serviços		
Vigilância em Saúde	Epidemiológica	Notificação de doenças e agravos
		Investigação de doenças e agravos
		Investigação de óbitos
		Imunização
		Confirmação laboratorial de interesse epidemiológico
		SAE/CTA
	Sanitária	Cadastramento de estabelecimento
		Inspeção Sanitária
		Concessão de alvará sanitário
		Apuração de denúncia
	Ambiental	Controle da qualidade da água
		Controle da qualidade do ar
		Controle da qualidade do solo
		Controle de vetores
		Supervisão de campo

Planilha de Capacidade Instalada: Média e Alta Complexidade

Ações e Serviços				Quant.
Média e Alta Complexidade	Ambulatório de Especialidades	Cardiologia	Público Municipal	01
		Fisioterapia	Público Municipal	01
			Privado	05
		Fonoaudiologia	Público Municipal	01
			Privado	03
		Infectologia	Público Municipal	01
		Nutricionista	Público Municipal	01
		Ortopedia	Público Municipal	01
		Pequenas Cirurgias	Público Municipal	01
		Psicologia	Público Municipal	01
			Privado	02
		Reumatologia	Público Municipal	01
	Apoio Diagnóstico	Análises Clínicas	Privado	02
		Citopatologia	Privado	01
		Colposcopia	Público Municipal	01
		Eletrocardiografia	Público Municipal	05
		Radiografia	Público Municipal	01
	Atenção Hospitalar	Pronto Atendimento	Público Municipal	01
		Hospital (HPP)	Público Municipal	01
		Leitos C. Cirúrgica	Público Municipal	03
		Leitos C. Médica	Público Municipal	11
		Leitos C. Obstétrica	Público Municipal	06
		Leitos C. Pediátrica	Público Municipal	06

Planilha de Capacidade Instalada dos Recursos Humanos: Atenção Básica

Profissionais SUS			
	Nível Superior	Cirurgião Dentista Clínico	03
		Cirurgião Dentista da ESF	03
		Enfermeiro da ESF	07
		Farmacêutico Bioquímico	01
		Médico da ESF	07
		Médico Pediatra	02
		Médico Ginecologista/Obstetra	02
	Nível Médio	Agente Comunitário de Saúde	42
		Auxiliar em Saúde Bucal	01
		Auxiliar em Saúde Bucal da ESF	03
		Auxiliar de Enfermagem	03
		Técnico de Enfermagem	04
		Técnico de Enfermagem da ESF	07

Planilha de Capacidade Instalada dos Recursos Humanos: Vigilância em Saúde

Profissionais SUS			
Vigilância em Saúde	Nível Superior	Enfermeiro	03
	Nível Médio	Agente de Endemias	05
		Auxiliar de Laboratório de Pat. Clínica	01
		Fiscal Sanitário	01
		Técnico de Enfermagem	04

Planilha de Capacidade Instalada dos Recursos Humanos: Média e Alta Complexidade

Profissionais SUS			
Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Nível Superior	Enfermeiro	03
		Farmacêutico Bioquímico	01
		Fisioterapeuta	05
		Fonoaudiólogo	01
		Médico Cardiologista	01
		Médico Clínico/ Gineco/Obstetra	07
		Médico Infectologista	01
		Médico Ortopedista	01
		Médico Pediatra	01
		Médico Reumatologista	01
		Nutricionista	01
		Psicólogo	01
	Nível Médio	Auxiliar de Enfermagem	02
		Técnico de Enfermagem	12
		Técnico em Radiologia	02

2.2 OFERTA E COBERTURA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Os parâmetros assistenciais dos SUS oferecem subsídios para analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais à população, auxiliar no planejamento e na programação das ações bem como no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS. Os parâmetros de cobertura estimam a “necessidade” e os de produtividade a “capacidade de produção dos recursos (equipamentos, serviços, humanos materiais, físicos)”.

Planilha da Oferta e Cobertura de Ações e Serviços de Saúde

		Necessidade		Oferta	Produção 2016	Cobertura
		Parâmetro CIB	Programado PPI			
Atenção Básica	Nº de Equipes ESF	-	-	07	-	100%
	Equipes ESF c/ Saúde Bucal	-	-	03	-	53%
	Saúde Bucal (ESF + Tradicional)	-	-	-	-	68%
	Consultas Médicas Básicas	33.293	53.684	72.576	51.356	100%
Ambulatório de Especialidades	Consulta cardiologia	616	1.853	1.152	896	62%
	Consulta Infectologia	104	136	1.152	559	100%
	Consulta Ortopedia	611	2.000	1.152	2.858	58%
	Consulta Reumatologista	71	30	768	0	100%
Apoio Diagnóstico	Patologia Clínica	64.128	77.631	150.000	56.953	100%
	Radiologia	5.976	6.043	11.520	2.588	100%
	Ultrassonografia	968	874	-	0	0
	Mamografia	524	474	-	0	0
	Eletrocardiograma	981	838	7.680	385	100%
	Colposcopia	32	28	96	01	100%
	Citopatologia (preventivos)	1.462	3.012	2.500	1.695	83%
	Terapia Individual	366	1.689	3.840	1.340	100%
	Fisioterapia (sessões)	3.453	7.838	15.552	8.350	100%
Hospitalar	Clínica Médica	229	129	656	153	100%
	Clínica Pediátrica	87	37	438	27	100%

A necessidade de cobertura assistencial das ações e serviços de saúde constantes na planilha acima, está baseada na parametrização da CIB e da programação para o território municipal conforme PPI versão 4.0.0.41, base outubro 2017.

- Consultas básicas: 04 consultas/hora X carga horária dos médicos da estratégia saúde da família e das especialidades básicas (clínico, pediatra, gineco/obstetra);
 - Consultas especializadas: 04 consultas/hora X carga horária das respectivas especialidades;
 - Radiologia: 06 exames hora X 40 horas semanais (turno de atendimento ambulatorial);
 - Eletrocardiograma: 04 exames/hora X 40 horas semanais (05 aparelhos a nível ambulatorial com profissional disponibilizado 8h por semana para realizar os exames);
 - Colposcopia: 02 exames/hora X 04 horas mensais (01 aparelho com 01 profissional médico disponibilizado 4h por mês para realizar os exames);
 - Fisioterapia: 4,4 sessões/hora; 60 horas semanais;
 - Fonaudiologia e Psicologia 02 atendimentos/hora; 40 horas semanais;
 - Patologia Clínica, Preventivos, Mamografia e Ultrassonografia: os serviços são terceirizados, portanto, a oferta está baseada na quantidade contratada com possibilidade de aditivo contratual de 25%;
 - Capacidade de internação por leito - fórmula: $365 \times 80\%$ (taxa de ocupação)/ média de permanência da especialidade. Multiplica-se o resultado pelo número de leitos.
- .. Clínica médica: 11 leitos; média de permanência/2016: 4,9
- .. Clínica pediátrica: 06 leitos; média de permanência/2016: 4

3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo assistencial do município de Rio Bananal está organizado segundo os níveis de atenção. O nível de organização primária adota a estratégia saúde da família com ações direcionadas para a promoção, prevenção e proteção da saúde, sem deixar de atender a parte curativa e de reabilitação. A saúde da família constitui o primeiro contato com o Sistema de Saúde (porta de entrada), pois a demanda para os demais níveis somente deve ocorrer quando referenciado pela equipe da unidade de saúde da família, excetuam-se as urgências e emergências.

A US Rio Bananal, o pronto socorro e o hospital realizam ações e serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar funcionando como referência, suporte e apoio à atenção primária.

A referência para os demais níveis de atenção (média e alta complexidade) é feita através da Central de Regulação interligada à Central de Regulação Regional e/ou pela Central de Vagas, porém, a fragilidade do mecanismo de referência e contrarreferência bem como a organização dos serviços através de redes de atenção resultam em vazios assistenciais, fragmentação dos serviços de saúde e desarticulação dos níveis de atenção.

“A adoção de modelo organizativo de ações e serviços baseado em redes de atenção favorecem a superação da fragmentação existente entre eles e o preenchimento de vazios assistenciais permitindo o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão” (PNS 2012-2015).

Das redes de atenção definidas como prioritárias para o sistema (rede materno-infantil, rede de atenção às urgências e rede de atenção psicossocial), apenas a rede materno-infantil já foi implantada denominada de “Rede Cegonha” a nível federal e “Rede Bem Nascer” no estado do Espírito Santo. O município aderiu à “Rede Cegonha” tendo seu plano de ação para a implantação desta política aprovada pela Resolução CIR Nº 067/2012 de 02 de abril de 2012. A rede foi instituída pela Portaria ministerial nº 1459 de 24/06/09 objetivando a expansão do cuidado com a saúde da mulher e da criança com vistas à diminuição da mortalidade materno infantil.

A definição do papel do hospital e maternidade “Alfredo Pinto Santana” (HPP) na rede assistencial deverá ser reavaliada a partir da implantação da rede de atenção da saúde da mulher e da criança cujo desenho contempla a referência da maternidade de risco habitual para o Hospital Rio Doce em Linhares, bem como a rede de atenção de urgência e emergência cujo hospital contemplará dentro do planejamento da rede, uma sala de estabilização.

As demais redes (urgência e psicossocial) estão em fase de discussão.

4 FLUXOS DE ACESSO

O território municipal está dividido em 07 (sete) áreas de atuação da estratégia saúde da família abrigadas em 05 (cinco) pontos de atenção (USF) sendo 02 (duas) localizadas na zona urbana – São Sebastião e Santo Antônio - e 03 (três) na zona rural – São Jorge do Tiradentes, São Francisco e Santa Rita – cuja clientela constitui-se da população adscrita na referida área.

Planilha da Territorialização das Áreas de Abrangência da Estratégia Saúde da Família

Território/Localidades de Abrangência	População adscrita	Área	UBS
São Sebastião, Córrego Boa Vista, Córrego 10 de fevereiro, Conceição de Cima, Córrego D. Pedro, Gabriel Emílio, Farroupilha.	3.263	São Sebastião	US RIO BANANAL
São Sebastião, Santa Emília, Córrego Ferrugem, Córrego do Veado, Córrego 15 de Janeiro, Córrego Amaral, Córrego Capivara, Lagoas, Córrego Santa Luzia, Córrego Queixada, Sangali, Córrego Araújo, Cachoeira do Ataíde, Rodovia Roberto Calmon, São Vicente, Varjão, Fazenda Caldara, Fazenda Clarice, Chapadão, Córrego Tucum, Fazenda Gaburro.	2.661	Nª Sª de Fátima	
Rio São José, Córrego Marco Rogério, Córrego Boa Esperança, Córrego São Jorge, Córrego São Benedito, Córrego Bambuí, Córrego Cór. Santiago, Cabeceira do Tiradentes, Fazenda Gava, Santo Izidoro, Nª Sª das Graças, Córrego da Penha, Córrego Chuchu, Córrego Alegria, São Jorge, Córrego Piabanha, Córrego Cedro, Córrego Santo Antônio, Brasília, Santa Catarina, Córrego Frio, São Paulo, Córrego da Fruta.	2.948	São Jorge do Tiradentes	US SÃO JORGE DO TIRADENTES
Santa Rita, Córrego 27 de Janeiro, Córrego Alegre, Córrego 15 de Janeiro, Fazenda Mauri, São Vicente (Biancardi), Córrego Bley, Santa Helena, Cabeceira do Santa Rita, Córrego da Penha, Córrego Capivarinha, Córrego Santa Bárbara, Córrego Capixaba, Córrego Santa Rita, Beija-Flor, Lagrimal, Córrego S. Sebastião do Lagrimal, Córrego Piabanha, Córrego Santa Júlia.	1.623	Santa Rita	US SANTA RITA
São Valentim, São Bento, São Francisco, Fazenda Matedi, Mario Freire, São Jacinto, Córrego Araújo, Mangueira, Cór. Santa clara, Jacarandá, Barra de São Francisco.	2.336	São Francisco	US SÃO FRANCISCO
Santo Antônio, Panorama, Panorama São José, Cór. Santana, Iriritimirim, Cantinho do Céu, Pingueira, Cór. Boa Esperança, Cór. Bonfim.	3.103	Santo Antonio	US SANTO ANTONIO
Santo Antonio (adjacências da com. Divino Pai Eterno), São Vicente, Primavera, Bananalzinho, Gabiroba, São João, Barra do Primavera, Cór. Seco, Cor. Vaguinho, Scarpat, São Paulo, Cór. Santo Antonio, Córrego Bley.	2.956	Divino Pai Eterno	

O acesso do usuário tanto na zona urbana como na rural se dá, em sua maioria, de motocicleta, e a distância máxima percorrida entre sua casa e a unidade de saúde é em média 20 km.

A distância das unidades da zona rural para a sede do município onde se concentra os serviços de média complexidade (especialidades, apoio diagnóstico, PA) e o hospital é entre 12 a 20 km.

Ramos, citado por Roese (2005, p. 116) diz que “quanto menor for a distância, maior a chance do serviço ser escolhido, pois o deslocamento do usuário é um fator que facilita ou dificulta a organização dos serviços”. Porém, é notória a preferência do usuário pelo PA do hospital, podendo ser apontado como motivos a falta de resolubilidade, a falta do profissional médico na equipe, a falta de profissionais qualificados, a qualidade do atendimento, a estrutura inadequada, o sistema desorganizado e a cultura hospitalocêntrica estão entre as causas que afastam o usuário da referência impossibilitando o vínculo.

A US Rio Bananal (policlínica) está interligada com a Central de Regulação, com as unidades do território municipal que atuam ofertando atenção primária (Unidades Básicas) e com as Centrais de Regulação Regionais, para a Referência e Contrarreferência dos usuários.

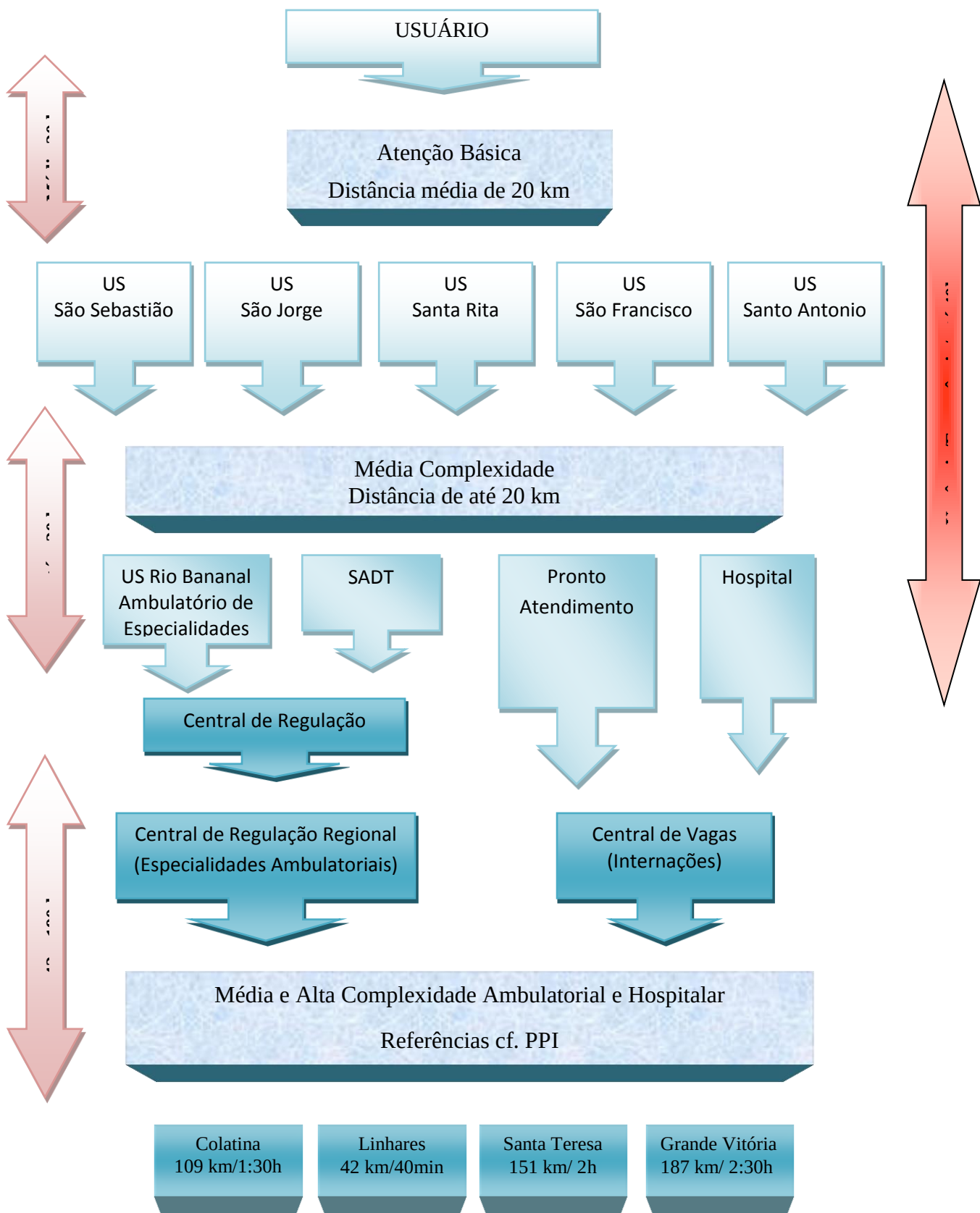
O hospital municipal, caracterizado como hospital de pequeno porte - HPP conveniado exclusivamente ao SUS dispondo de 26 leitos e um pronto atendimento (PA) 24h realizam procedimentos ambulatoriais de urgência/emergência e internações de menor complexidade incluindo encaminhamento para outras unidades hospitalares, através de serviço de ambulância.

Os serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar que não são ofertados pelo município são alocados em outros municípios conforme a Programação Pactuada e Integrada - PPI referenciados para Linhares, Colatina e Grande Vitória onde historicamente os serviços de saúde especializados (secundário e terciário) se concentram. Os serviços ambulatoriais são agendados pela central de regulação e as urgências pela central de vagas. Tais serviços estão entre 42 e 200 km distantes da sede do município. O transporte é feito com condução disponibilizada pela secretaria municipal de saúde.

Os serviços de alta complexidade estão sob a gestão da esfera estadual.

Não há sistema de referência e contrarreferência e frágil mecanismo de regulação do acesso. A demanda para os serviços especializados supera a oferta ocasionando demanda reprimida.

Fluxograma Assistencial da Secretaria de Saúde de Rio Bananal



Planilha do Fluxo das Referências da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Município de Origem	Ações e Serviços		Município/local de referência
Rio Bananal	Especialidades	Alergista e Imunologista, Cirurgião Cabeça/pescoço, Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatra, Reumatologista	Colatina
		Anestesiologista	Cariacica
		Angiologista	Colatina, Serra, Vila Velha, Vitória
		Cardiologista, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Endocrinologista, Gastroenterologista, Nefrologista, Ortopedista e traumatologista, os,	Vila Velha, Vitória
		Cirurgião Cardiovascular, Cirurgião Vascular, Dermatologista, Mastologista, Neurologista, Oftalmologia, Otorrinolaringologista, Proctologista, Urologista	Colatina, Vila Velha, Vitória
		Cirurgião Geral	Colatina, Santa Teresa, Vila Velha, Vitória
		Hematologista, Pneumologista	Colatina, Vitória
		Neurocirurgião	Serra, Vila Velha, Vitória
		Oncologista	Linhares
		Cirurgião Ap. Digestivo, Cirurgia Torácica, Fisiatra, Geneticista, Geriatria., Radioterapeuta, Cancerologista pediátrico, Cancerologista cirúrgico, Cancerologista clínico	Vitória
		Odontologia	Colatina e Linhares
	Apelo Diagnóstico	Tomografia Computadorizada	Vitória
		Ressonância Magnética	Vitória, Linhares, Colatina, Aracruz
		Cintilografia	Linhares, Colatina
		Anatomopatológico, Ecocardiografia Transtorácica, Colonoscopia, Esofagogastroduodenoscopia, Teste Ergométrico, Eletroencefalograma, Diagnóstico em Neurologia, Eletroencefalograma, Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva,	Colatina
		Fundoscopia	Colatina, Vitória, Vila Velha
		Diagnóstico em Oftalmologia Avançado, Intermediário e Simples	Cariacica, Vila Velha, Vitória
		Avaliação Auditiva Comportamental	Vila Velha
		Avaliações Fonoaudiológicas	Colatina, Vila Velha
	A. Hospitalar	Transplante, Cirurgia Reparadora.	Vitória
		Pronto Socorro, Hospital.	Linhares (HGL)
		Central de Regulação.	Vitória/Colatina
		Hemoterapia; Radioterapia.	Vitória
		Quimioterapia.	Linhares e Vitória
		Terapia Renal Substitutiva.	Linhares
	Leitos/vagas	Cirurgia Geral	Colatina, Linhares, Santa Teresa
		Cirurgia Obstétrica	Linhares, Colatina
		Cirurgia Pediátrica	Vila Velha, Colatina
		Cirurgia Neurológica, Cirurgia Cardiológica	Linhares
		Cirurgia Ortopédica Geral e Pediátrica	Colatina
		Clínica Pediátrica	Colatina
		Clinica Neurológica, Clínica Cardiológica, Clínica Geral	Linhares, Colatina
		Clinica Oncológica, Clínica Obstétrica	Linhares
		Psiquiatria	Cachoeiro de Itapemirim

5 RECURSOS FINANCEIROS

O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal nº 0318/91 de 02 de agosto de 1.991. Em 2010 foi criado o CNPJ próprio do fundo municipal de saúde, porém, a separação orçamentária e contábil começou em 2011. Apesar da separação, a contabilidade continua sendo feita dentro da secretaria de finanças, pois a secretaria de saúde não dispõe de estrutura para operacionalizar o serviço. O gestor municipal da saúde é o ordenador de despesa juntamente com o prefeito municipal, ambos assinam os cheques para pagamento das despesas. As contas que compõem o FMS são operacionalizadas pelo contador da secretaria de finanças, logo, o mesmo é responsável pela alimentação do SIOPS.

O gasto público com saúde pela esfera municipal vem sendo acima do preconizado pela EC-29 segundo os dados do SIOPS, mas nem sempre a disponibilidade e aplicação de recursos está associada ao fortalecimento da gestão e à potencialização e otimização da prestação de serviços e à qualidade da atenção.

É feita a prestação de contas quadrimestral ao conselho municipal de saúde e nas audiências públicas.

Gráfico 13: Financiamento da saúde por esfera de governo. 2016

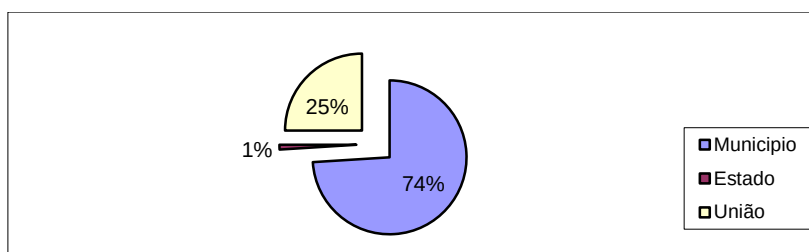
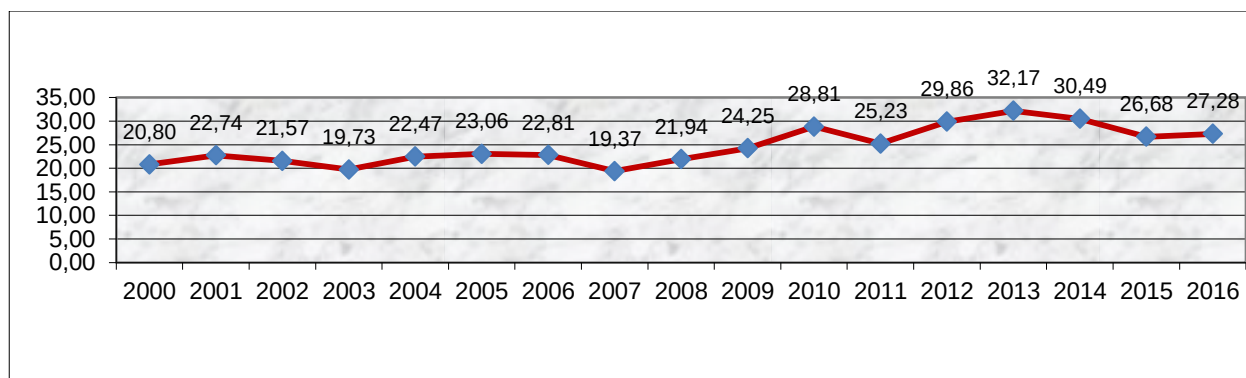


Gráfico 14: Evolução do percentual mínimo da receita de impostos aplicada em saúde. Rio Bananal. 2000 a 2016.



Planilha do Financiamento da Saúde Segundo Programas do PPA 2018-2021.

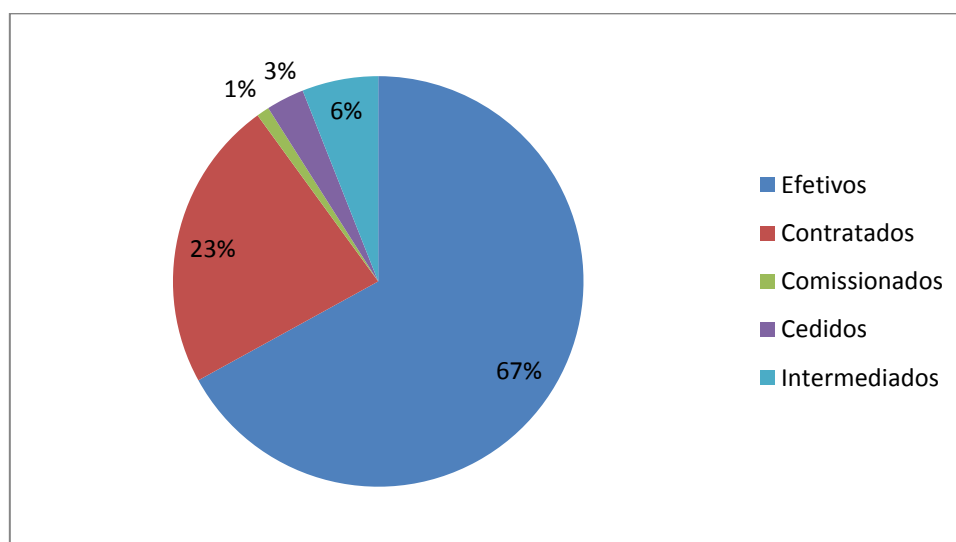
PROGRAMAS		2018	2019	2020	2021	TOTAL
Administração Geral		1.503.000,00	1.653.000,00	1.819.000,00	2.000.000,00	6.975.000,00
Atenção à Saúde	Básica	12.235.000,00	13.380.000,00	14.720.000,00	16.189.000,00	56.524.000,00
	MAC	8.620.000,00	9.479.000,00	10.428.000,00	11.469.000,00	39.996.000,00
Vigilância em Saúde		542.000,00	596.000,00	656.000,00	722.000,00	2.516.000,00
Assistência Farmacêutica		255.000,00	281.000,00	309.000,00	340.000,00	1.185.000,00
Alimentação e Nutrição		50.000,00	55.000,00	60.000,00	66.000,00	231.000,00
TOTAL		23.205.000,00	25.444.000,00	27.992.000,00	30.786.000,00	107.427.000,00

6 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Os servidores públicos municipais, efetivos ou contratados, são regidos pelo estatuto dos servidores públicos do município de Rio Bananal, sendo adotado o regime jurídico único. A secretaria municipal de saúde conta com servidores efetivos, contratados, comissionados, municipalizados e os autônomos que prestam serviço através do CIM Polinorte.

A Lei Complementar 003/11 de 06/09/11, publicou o plano de carreira, cargos e salários específico da saúde, mas aponta indícios de não atender as reais necessidades da gestão da saúde. Em 2011 iniciou-se o processo de efetivação dos agentes comunitários de saúde com a publicação da Lei Municipal 1.114/11 de 22/11/11, atendendo as prerrogativas da EC-51.

Gráfico 15 – Servidores da saúde segundo vínculo. Rio Bananal. 09/2017



A qualificação da força de trabalho através do processo de educação permanente no ano de 2010 e 2011 destacou-se pelo curso de especialização em atenção primária à saúde onde 70% (setenta por cento) dos profissionais lotados neste nível de atenção tornaram-se especialistas em atenção primária juntamente com o curso de auditoria, regulação, monitoramento, controle e avaliação em parceria com o Estado e a União deram ao município um rol de profissionais capacitados e especializados capazes de alavancar a gestão nos diversos setores da saúde, além das oficinas de implantação do plano diretor da atenção primária que envolveu praticamente todos os servidores da saúde.

A força de trabalho não é adequada nem suficiente para o desenvolvimento de todas as responsabilidades da gestão municipal da saúde. Desconsiderando o profissional médico para atuar nas equipes de saúde da família, esta insuficiência não está na carência de profissionais no mercado (farmacêutico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista), mas no comprometimento do índice legal da folha de pagamento do município, impedindo a contratação de mais profissionais e ampliação de serviços.

É notório que a política de gestão do trabalho e educação na saúde no município de pequeno porte é um desafio. A limitação financeira aliada à falta de apoio técnico desenha um cenário de desequilíbrio e estagnação das responsabilidades do ente federado.

A municipalidade tem desenvolvido a política de segurança do trabalho com avaliações periódicas das condições de trabalho e saúde do servidor.

7 GESTÃO

A Portaria/GM nº 3.045 de 19 de dezembro de 2008, homologa a Declaração de Comando Único do Sistema de Saúde Municipal como modalidade de gestão do município de Rio Bananal substituindo o então processo de habilitação pelo Termo de Compromisso de Gestão e o estímulo à elaboração e acompanhamento dos instrumentos de pactuação e de planejamento do SUS. Aliado aos avanços da gestão do SUS está a constituição do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e o processo integrado de planejamento no âmbito regional através da PGASS – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde já em fase conclusiva na região de saúde.

A gestão participativa se dá por meio do Conselho Municipal de Saúde criado pela Lei Municipal nº 0316/91 de 01 de julho de 1.991 tendo sua composição alterada pela Lei nº 983/09 de 09 de junho de 2009 e as conferências municipais de saúde.

7.1 Regionalização

A conformação jurídica do SUS estabelecida na CF/88 define as ações e serviços de saúde, desenvolvidos pelos entes federativos, sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Desta forma, Rio Bananal integra a Região Central de Saúde, segundo o PDR/ES – Plano Diretor de Regionalização do estado do Espírito Santo de 2011, formada por 18 municípios.

7.2 Planejamento

A Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de um setor específico de planejamento nem equipe exclusiva. O planejamento está vinculado ao gabinete do secretário composto pelos técnicos e gerentes dos demais setores e coordenadores dos programas. A análise da situação de saúde é feita tomando por base os dados gerados pelos sistemas de informação traçando o perfil socioeconômico e epidemiológico do município a partir do qual são levantados as principais deficiências e problemas para planejamento das ações buscando a conformidade com parâmetros existentes. O planejamento das políticas e ações de saúde, especificamente a elaboração do plano municipal de saúde, tem sido feita no nível central da secretaria pelos técnicos e profissionais que atuam nas gerências das áreas e programas, porém, havemos de registrar que há uma abertura para envolvimento dos diversos profissionais e dos usuários por meio do conselho municipal, mas não há comprometimento sistemático destes na condução do processo. A falta de divulgação, a programação de um evento para esse fim e mobilização dos demais segmentos ainda é muito tímida, tornando o processo pouco participativo e menos ascendente.

A relação PMS X PPA, ainda que muito timidamente, houve uma proposição de conformidade, sem que as ações fossem prejudicadas por falta de orçamento. O PPA apresenta atividades mais abrangentes dentro das quais as ações do plano estão contempladas.

A PAS começou a ser adotada a partir de 2010 quando da vigência do novo plano municipal de saúde cujas ações e metas são programadas a partir do PMS, ou seja, a PAS “operacionaliza as intenções expressas no PS” (Art. 3º Portaria 3.332/2006). A relação PAS X Orçamento Anual tem avançado nos últimos anos, com inclusão de ações mais específicas e maior clareza na estrutura do orçamento, mas há que se melhorar esta conformidade.

O relatório anual de gestão a partir de 2011 é elaborado em conformidade com o SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão.

As ferramentas de gestão estão estruturadas seguindo padrões propostos pela legislação e coerência entre as próprias ferramentas (PMS, PAS e RAG), porém, ainda são cartoriais.

7.3 Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

A **Regulação** é entendida como “[...] disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada..[...]” (NOAS 01, 2002).

As ações de **Regulação** estão organizadas em três dimensões de atuação: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência à saúde.

Em relação a regulação de sistemas de saúde, identificamos, como elementos que compõem esta dimensão o planejamento (PMS, PAS, PPA e outras ferramentas de gestão); o financiamento, garantindo orçamento para o que foi planejado e investimento de no mínimo 15% (quinze por cento) em saúde; o controle social (conselho municipal de saúde, conferências de saúde e prestação de contas); a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental (código sanitário) e ainda, a existência de resoluções que normatizam a prescrição do profissional enfermeiro, e a normatização do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

A regulação da atenção à saúde se dá pelo cadastro dos estabelecimentos e profissionais de saúde (SCNES); o cadastro de usuários através do Cartão Nacional de Saúde; credenciamento/habilitação dos prestadores de serviços; processamento, avaliação e supervisão da produção ambulatorial e hospitalar; elaboração e revisão periodicamente a PPI; avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde através da fiscalização da vigilância sanitária; avaliação das ações e impactos epidemiológicos através dos indicadores pactuados.

A regulação do acesso à assistência, por sua vez, evidencia-se pelo acesso através da atenção primária como porta de entrada do sistema, porém, a falta do profissional médico na equipe da saúde da família; a multiplicidade de prontuários e a cultura hospitalocêntrica são alguns fatores que prejudicam a regulação.

A regulação do acesso aos serviços de referência se dá por meio da Central de Regulação onde o usuário, munido do encaminhamento do profissional recorre a este setor que realiza o agendamento através do CRE como também do transporte até o local do atendimento. Da mesma forma, o acesso às cirurgias eletivas e outros serviços. Aqui, o critério do acesso é a ordem de chegada. A demanda de urgência e emergência tem como entreposto o pronto atendimento do hospital local cujas transferências são realizadas através de contato do profissional médico ou enfermeiro plantonista junto ao complexo regulador do estado que direciona o acesso aos serviços de referência. Os partos de risco habitual e alto risco são encaminhados para o hospital Rio Doce tendo o hospital local como intermediador.

Na prática, a regulação no âmbito municipal está intrínseca nas atividades do pronto atendimento, da Central de Regulação e de outros setores da secretaria, não tendo definido um órgão regulador ou quem esteja munido desta função.

Segundo a NOAS 01 (2002, p.11) o **Controle e Avaliação** a serem exercidos pelos gestores do SUS compreendem no

“[...] conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições”.

Seu fortalecimento deve se dar principalmente em quatro dimensões:

- [...] A) avaliação da organização do sistema e modelo de gestão;
- B) relação com os prestadores de serviços;
- C) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- D) resultados e impacto sobre a saúde da população.” (NOAS 01, 2002)

As atividades competentes ao **Controle, Avaliação e Monitoramento** são realizadas de forma pontual com ações isoladas e desintegradas. O faturamento, o processamento do SIA e SIH e seus subsistemas, o controle da produção assistencial, o cadastro dos estabelecimentos - CNES, a autorização de AIH para o hospital local, a elaboração da PPI, elaboração dos parâmetros assistenciais, a instrumentalização com dados e informações para gestores e conselho de saúde na tomada de decisões são algumas das atividades de controle e avaliação desenvolvidas no âmbito municipal. O processo de avaliação e monitoramento é feito por meio das ferramentas PMAQ,

PACTO, PAVS e Relatório de Gestão realizada anualmente, cujos resultados são utilizados para replanejar as ações, contribuindo para priorizar ações onde os maiores problemas foram detectados.

A **Auditoria** no SUS “*direciona suas ações para o objetivo de maximizar a sua contribuição na qualificação, transparência e ética na gestão em saúde, o fortalecimento da cidadania e a efetivação dos ideais do movimento pela reforma sanitária brasileira*” (PNS 2012-2015).

O Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria foi criado através da Lei Municipal nº 0567/98 de 21 de outubro de 1.998, com objetivo de exercer ações e serviços de auditoria do SUS no âmbito municipal contribuindo para o fortalecimento da gestão, qualidade da atenção à saúde e o pleno exercício da cidadania, porém, fatores como: o não entendimento pelos gestores da auditoria como ferramenta de gestão, a falta de integração entre os componentes federal e estadual, entre outros, contribuem para a inoperância e desestruturação do componente deixando uma lacuna no sistema de saúde e no processo de fortalecimento da gestão.

A reestruturação destes componentes e o pleno exercício das atividades que lhe são competentes são imprescindíveis para o fortalecimento da gestão.

7.4 Participação Social

O conselho municipal de saúde de Rio Bananal foi criado através da lei municipal nº 0316/91 de 01 de julho de 1.991, sua composição é paritária em conformidade com a resolução nº 333/2003 de 4 de novembro de 2003 do conselho nacional de saúde. A lei municipal nº 983/2009 de 09 de junho de 2009 trata da composição do conselho. Atualmente é composto por doze (12) membros efetivos com seus respectivos suplentes sendo 50% representante dos usuários, 25% representante dos profissionais de saúde e 25% representantes do governo municipal e prestadores de serviços. O conselho não dispõe de comissões internas e o cargo de presidente tem sido ocupado sempre pelo secretário de saúde, indicado pelos pares, apesar do regimento dar abertura para qualquer membro componente sê-lo. O município tem realizado as conferências de saúde, a última em 01 de julho de 2015 (etapa municipal da 15ª CNS) juntamente com os municípios de Linhares e Sooretama. A secretaria de saúde oferece todo suporte técnico, financeiro e infraestrutura para o funcionamento do conselho. Este conta com sala exclusiva, equipamento de informática, conexão à internet, linha telefônica, recursos financeiros constante no orçamento, porém, analisando a lista de presença nas reuniões ordinárias, verifica-se a baixa participação dos seus membros inclusive dos representantes do segmento usuário, comprometendo o quórum necessário. As poucas entidades existentes no município comprometem a composição do conselho e algumas delas não enviam representante.

Observa-se também que alguns representantes das entidades não representam os usuários efetivamente.

O acompanhamento da execução financeira e orçamentária é feito através da prestação de contas quadrimestral ao conselho. Não há acompanhamento dos contratos de convênios realizados pela secretaria por parte do conselho.

Não é de praxe os conselheiros realizarem visitas aos serviços de saúde local e a intersetorialidade com as forças sociais é quase que inexistente.

Quanto ao acesso às informações, este é garantido, mas a acessibilidade não é algo que faz parte da rotina dos conselheiros a divulgação das informações é feita pela publicação das resoluções e de vez em quando um ou outro artigo publicado no jornal de circulação local e no programa de rádio mantido pela prefeitura. Faltam iniciativas para divulgar as informações da saúde.

O município não possui conselhos locais, conselho de gestores e ouvidoria.

7.5 - Sistemas de Informação em Saúde

São diversos e variados os sistemas de informações disponibilizados pelo SUS, além dos seus subsistemas. São operacionalizados no município os seguintes: SINAN – Sistema de Informação de Agravos Notificáveis, SINASC – Sistema de Informação de Nascimentos, SIM – Sistema de Informação de Mortalidade, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, S.I.A – Sistema de Informações Ambulatoriais, E-SUS, PNI/API – Programa Nacional de Imunização, SCNES – Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, HIPERDIA – Hipertensão e Diabetes, SISVAN – Sistema de Informação da Vigilância Alimentar e Nutricional, SIS-PRENATAL, SIS CTA, SISCOLO, BOLSA FAMÍLIA, FAD (dengue), SISÁGUA, SISSOLO, PCE (esquistossomose), SINAVISA, SIOPS – Sistema de Informação do Orçamento Público da Saúde, SISPACTO, CARTÃO SUS.

Os sistemas de informação são regularmente alimentados e atualizados cujos dados são utilizados no processo de planejamento, avaliação, controle, monitoramento, direcionamento das ações de promoção, prevenção e de intervenção uma vez que torna possível o conhecimento do perfil epidemiológico além de favorecer a comparação dos dados com outros locais e níveis de gestão do SUS, observando-se os padrões de conformidade, auxiliando na tomada de decisão, otimização da aplicação dos recursos e investimentos.

PRIORIDADES

2018 - 2021

A sucessiva e constante queda nas receitas do município impacta nas ações e serviços de saúde no sentido de adiar e inibir a implantação de novos serviços e até mesmo a ampliação de serviços para garantia do acesso até mesmo de programas relacionados à atenção básica. A queda da receita implica, consequentemente, no aumento do índice da folha de pagamento limitando contratação de profissionais.

Neste contexto o município depende dos serviços oferecidos pelo estado ou dos municípios polo especialmente para os serviços de média e alta complexidade havendo necessidade de implementar a política de pactuação integrada garantindo a integralidade das ações e do cuidado.

Uma das políticas que vem sendo discutida é a planificação das ações e serviços de saúde a nível de região de saúde. A Região Central vem realizando oficinas de discussão para elaboração da PGASS – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, uma ferramenta de planejamento regional que pensa a saúde de forma regionalizada baseada nas necessidades de saúde dos municípios que compõem a região.

Neste sentido o município priorizou as seguintes ações:

- Fortalecimento da Atenção Básica;
- Implantação do e-SUS-AB e do PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão;
- Reestruturação e Implementação do Programa Saúde Mental;
- Reestruturação da Vigilância Sanitária como instrumento de promoção da saúde;
- Reestruturação da ouvidoria do SUS;
- Implementação do transporte sanitário.

**DIRETRIZES, OBJETIVOS,
METAS E INDICADORES
DO PLANO MUNICIPAL DE
SAÚDE**

2018 – 2021

DIRETRIZ:
Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
OBJETIVO:
Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.
METAS:
Manter cobertura populacional pela estratégia saúde da família: 100%
Aumentar a cobertura populacional pelas equipes de saúde bucal: 80%
Reduzir as exodontias em relação aos procedimentos preventivos e curativos: 2
Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família: 85%
Implantar o PEC – Prontuário eletrônico do cidadão e-SUS AB nas Unidades Básicas de Saúde – UBS: 05
Reduzir as internações por causas sensíveis à atenção básica: 39%
Implantar o programa Saúde na Escola – PSE
Construir 1 (uma) unidade de saúde na área Santa Rita
Aumentar o número de procedimentos de média complexidade ambulatoriais selecionados para a população residente: 0,60
OBJETIVO:
Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
METAS:
Aumentar disponibilidade do elenco de medicamentos básicos na farmácia básica: 90%
Adequar área física e equipamentos da farmácia básica para atendimento qualificado à população: 01

DIRETRIZ:
Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos da vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção.
OBJETIVO:
Aderir e aprimorar as redes de atenção à saúde na região de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.
METAS:
Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos: ≥ 1
Ampliar a razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade: $\geq 0,23$
Aumentar o percentual de parto normal: 40%
Diminuir a proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos): 16%
Reestruturar o Programa Saúde Mental
Implantar/ implementar as ações das redes temáticas: Rede Urgência/Emergência (RUE), Rede Materno Infantil e Rede da Atenção Psicossocial (RAPS) sob responsabilidade do município
OBJETIVO:
Promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos da vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as situações de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção.
METAS:
Reduzir a taxa de mortalidade infantil: $< 10\%$
Investigar óbitos infantis: 100%
Alcançar 80% ou mais dos nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal
Investigar óbitos maternos: 100%
Investigar óbitos de mulheres em idade fértil: 100%

DIRETRIZ:
Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
OBJETIVO:
Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
METAS:
Reduzir a “0” (zero) os casos de sífilis congênita em menores de 01 ano;
Alcançar 75% da proporção de vacinas selecionadas do calendário de vacinas com cobertura vacinal preconizada em criança;
Reduzir o número de óbitos prematuros pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (aparelho circulatório, câncer, diabetes e respiratórias crônicas) na população de 30 a 69 anos: 13
Reduzir óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio – IAM a <25%
Curar 100% dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;
Curar 100% dos casos novos da hanseníase;
Reduzir a prevalência da hanseníase a < 2/10.000;
Alcançar 90% de tratamento dos casos diagnosticados da AIDS;
Encerrar 100% das investigações das notificações dos agravos compulsórios oportunamente;
Alcançar 100% da proporção de óbitos com causa básica definida;
Alcançar o percentual para vacinação antirrábica canina: 80%
Alcançar pelo menos 4 ciclos com cobertura de 80% de imóveis visitados para controle da dengue;
Reduzir a incidência da dengue a < 155/100.000
Ampliar para 40,48 a proporção de análise realizada em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;
Elaborar e publicar ao menos um boletim epidemiológico por ano como informe da situação epidemiológica do município;
OBJETIVO:
Aprimorar as ações de vigilância sanitária para assegurar a proteção à saúde
METAS:
Realizar ações da vigilância sanitária consideradas necessárias ao município (cadastro de estabelecimento, inspeção, atividade educativa população, atividade educativa setor regulado, recebimento de denúncia, instauração de processo administrativo sanitário): 100%
Alcançar 85% das metas do Plano de Ação da Vigilância Sanitária (PDVISA);
Elaborar e homologar Código da Saúde (código sanitário incluso);

DIRETRIZ:
Implementar a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.
OBJETIVO:
Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.
METAS:
Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde da rede pública municipal com acesso ao telessaúde: 8
Revisar e adequar o Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS da saúde;
Criar o núcleo de educação permanente via consórcio (CIM Polinorte);
Aderir ao PRO-APS – Programa de fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde do SUS.

DIRETRIZ:
Fortalecimento do controle social e garantia do caráter deliberativo do conselho municipal de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.
OBJETIVO:
Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.
METAS:
Capacitar 100% dos conselheiros municipais de saúde titulares;
Realizar as audiências públicas da saúde (3 por ano);
Realizar a etapa municipal da 16ª Conferência Nacional de Saúde;
Reestruturar a ouvidoria municipal – nível 2 do sistema ouvidor SUS.

DIRETRIZ:
Fortalecimento Da Capacidade De Gestão Da Saúde, qualificação dos instrumentos e ferramentas de gestão considerando as responsabilidades do município visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.
OBJETIVO:
Fortalecer a capacidade de gestão pública no âmbito do SUS de forma a potencializar e otimizar a prestação de serviços e a aplicação de recursos à qualidade da atenção à população.
METAS:
Homologar organograma da secretaria municipal de saúde;
Elaborar o Relatório Detalhado do Quadrimestre - RDQA;
Elaborar a Programação das Ações de Saúde – PAS, anualmente;
Elaborar o Relatório Anual de Gestão - RAG;
Avaliar o acesso e a qualidade da atenção básica através do PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade, semestralmente;
Reestruturar o componente municipal de auditoria;

INDICADORES				
INDICADOR	UNIDADE	ÍNDICE REFERÊNCIA	FONTE	CÁLCULO
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	%	100%	SCNES/IBGE	Nº de eSF X 3.450/ População do ano anterior X 100
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	%	76,86%	SCNES/IBGE	Nº eSB X 3.450 + nº eSB equivalentes X 3.000/ população X 100
Proporção de exodontias em relação aos procedimentos	%	2,31	SIA	Total de extrações dentárias/ Total de procedimentos clínicos individuais e curativos selecionados X 100
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	%	84,9	PBF	Nº de famílias beneficiárias do PBF acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano/ Total de famílias beneficiárias do PBF na última vigência do ano X 100
Número de Unidades Básicas de Saúde com PEC implantado	Nº absoluto	1	E-SUS	Nº de UBS com PEC implantado.
Proporção de internações por causas sensíveis à Atenção Básica	%	43,72	SIH	Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à atenção básica/ total de internações clínicas X 100
Programa Saúde na Escola – PSE implantado	Unidade	1	At. Primária	PSE implantado
Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	Razão	0,26	SIA/IBGE	Procedimentos de média complexidade selecionados realizados/ população X 100
Média de medicamentos disponível em estoque	%	76%	Assist. farm.	Nº de especialidades farmacêuticas em estoque/ Total da relação de medicamentos básicos X 100
Número de farmácia básica com área física e equipamentos adequados	Nº absoluto	1	Assist. farm.	Farmácia básica com área física adequada

INDICADOR	UNIDADE	ÍNDICE REFERÊNCIA	FONTE	CÁLCULO
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	Razão	0,88	SIA/IBGE	Nº de exames citopatológicos do colo do útero (02.03.01.001-9 e 02.03.01.008-6) em mulheres 25 a 64 anos/ População feminina de 25 a 64 / 3
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	Razão	0,02	SIA/IBGE	Nº mamografias (0204030188) realizadas em mulheres de 50 a 69 anos/ População feminina de 50 a 69 anos / 2
Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	%	36,48	SINASC	Nº de nascidos vivos por parto normal/ Total de nascidos vivos X 100
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	%	18,53	SINASC	Nº de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos/ Nº de nascidos vivos X 100
Programa Saúde Mental	Unidade	1	-	Programa Saúde Mental reestruturado com referência técnica nomeada
Taxa de mortalidade infantil	%	12,93	SIM/SINASC	Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade/ nº de nascidos vivos X 1000 Nº absoluto de óbitos de crianças nas primeiras 24 horas, Neonatal precoce (0 a 6 dias), Neonatal Tardio (7 a 27 dias), Pós-neonatal (28 a 364 dias), menor de 1 ano.
	Nº absoluto	2		
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados;	%	100%	SIM	Total de óbitos infantis e fetais investigados/ Total de óbitos infantis e fetais ocorridos X 100
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal;	%	78%	SINASC	Nº de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal/ Nº de nascidos vivos X 100
Número de óbitos maternos	Nº absoluto	0	SIM	Nº de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez)
Proporção de óbitos maternos investigados	%	100%	SIM	Nº de óbitos maternos investigados/ Total de óbitos maternos X 100
Número de óbito de mulheres em idade fértil	Nº absoluto	7	SIS	Nº absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil MIF
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	%	100%	SIM	Total de óbitos de MIF investigados/ Total de óbitos de MIF X 100

INDICADOR	UNIDADE	ÍNDICE REFERÊNCIA	FONTE	CÁLCULO
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano	Nº absoluto	1	SINAN	Somatório anual do número de casos confirmados de sífilis congênita em residentes.
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação da criança com cobertura adequada	%	75%	SIPNI/SINASC	Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada/ 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral X 100
Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Nº absoluto	24	SIM	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local
Proporção de óbitos das internações por infarto agudo do miocárdio - IAM	%	25%	SIH	Nº de óbitos das internações por IAM > 20anos/ Total das internações por IAM >20 anos X 100
Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar	%	100%	SINAN	Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial curados/ Total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial X 100
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	%	100%	SINAN	Nº de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação/ Total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes X 100
Prevalência da hanseníase	%	2,07/10.000	SINAN	Nº casos novos diagnosticados/ população X 10.000
Nº de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Nº absoluto	0	SINAN	Nº absoluto de casos novos de AIDS em menores de r anos
Proporção de tratamento dos casos diagnosticados da AIDS	%	80%	SAE/CTA	Nº de pacientes diagnosticados em tratamento/Total de pacientes diagnosticados X 100
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	%	100%	SINAN	Nº de registros de DNCI encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação/ Total de registros de DNCI notificados no período x 100
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	%	99%	SIM	Nº de óbitos não fetais com causa básica definida*/ Total de óbitos não fetais X 100 * (óbito com causa básica distinta do capítulo XVIII da CID-10)
Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	%	80%	Vig. Ambiental	Nº de cães vacinados/ População canina X 100
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Nº absoluto	4	SISFAD	1º passo – Cobertura por ciclo: Nº de imóveis visitados em cada um dos ciclos/ Nº de imóveis X 100 2º passo – Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.

Incidência da Dengue	%	155/100.000	SINAN	Nº de casos dengue notificados/ população X 100.000
Nº de óbitos por dengue	Nº absoluto	0	SIM	Nº absoluto de óbitos por dengues
Nº de casos autóctones de malária	Nº absoluto	0	SINAN	Nº absoluto de casos autóctones de malária
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	%	32%	SISAGUA	Passo1 – Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT): Nº de amostras de água examinadas/ Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais. Passo 2 – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez (PT): Nº de amostras de água examinadas/ Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez. Passo 3 – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre (PCRL): Nº de amostras de água examinadas/ Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre. Passo 4 – Calcular a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez: $1,2 \times PCT + 1,0 \times PT + 1,0 \times PCRL$ 3,2
Notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho	Nº absoluto	14	SINAN	Nº de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados
Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	%		SINAN	Nº de notificações de agravos com o campo “Ocupação” preenchido (CBO)/ Total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados X 100
Percentual do grupo de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município	%	33%	SIA	Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município / (6) X 100
Proporção das ações propostas no plano diretor da vigilância sanitária realizadas	%	48%	PDVISA	Nº de ações realizadas/ Total de ações propostas no plano diretor da vigilância sanitária X 100
Município com Código da Saúde (incluindo o código sanitário) homologado	Nº absoluto	0	-	-

INDICADOR	UNIDADE	ÍNDICE REFERÊNCIA	FONTE	CÁLCULO
Estabelecimentos públicos da saúde com acesso ao telessaúde	Nº absoluto	5	Telessaúde	Número de estabelecimentos com acesso ao telessaúde.
Município com Plano de Carreira, Cargos e Salários da saúde revisado.	Nº absoluto	-	-	-
Núcleo de Educação Permanente estruturado	Nº absoluto	-	-	-
INDICADOR	UNIDADE	ÍNDICE REFERÊNCIA	FONTE	CÁLCULO
Proporção de conselheiros capacitados	%	0	CMS	Nº de conselheiros capacitados/ Total de conselheiros de saúde titulares do município empossados no período
Número de audiências públicas da saúde	Nº absoluto	3	CMS	Número de audiências públicas da saúde realizadas
Conferência Municipal de Saúde	Nº absoluto	1	CMS	Conferência Municipal de saúde realizada
Ouvidoria do SUS implantada	Nº absoluto	-	CMS	Ouvidoria implantada
INDICADOR	UNIDADE	ÍNDICE REFERÊNCIA	FONTE	CÁLCULO
Organograma da Secretaria Municipal de Saúde homologado	Unidade	1	SMS	Organograma homologado
Ferramentas da gestão elaboradas e aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (PMS, PAS, RAG, RDQA)	Nº absoluto	4	CMS	Ferramentas de gestão do período correspondente aprovadas pelo CMS
Avaliação da melhoria do acesso e da qualidade da atenção primária consolidado	Nº Absoluto	2	PMAQ	Nº de avaliações realizadas.
Componente municipal de auditoria reestruturado	Unidade	-	-	Componente municipal de auditoria reestruturado

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação das metas propostas pelo Plano Municipal de Saúde 2018-2021 serão realizados pela análise do alcance das metas do Relatório Anual de Gestão – RAG, Programação Anual de Saúde – PAS, e indicadores do pacto dos respectivos anos de vigência do plano, mensurando o impacto das políticas de saúde adotadas para o alcance das metas propostas na condição de saúde da população ribanense.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2016-2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <[HTTP://tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br)

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento do SUS. Brasília, 2016.137f.

Coleção para entender o SUS, 2011, 6, II. Disponível em WWW.conass.org.br/biblioteca.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1631, de 01 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria da Saúde. Disponível em: www.saude.es.gov.br/informacoes em saude/tabulação de dados-tabnet.

IBGE. Censo 2010. Informações sobre os municípios brasileiros. Disponível em www.cidades.ibge.gov.br.

PEREIRA, Ronald Miranda; PONTINI, Gleuder José. O fortalecimento da gestão pública nos municípios de Ecoporanga e Rio Bananal através da reestruturação do sistema de controle, regulação e avaliação do SUS. Vitória, 2004, 57f.

PONTINI, Gleuder José. A reestruturação do componente municipal do sistema nacional de auditoria no município de Rio Bananal. Vitória, 2011. 78f.

ROESE, Adriana. Fluxos e acesso dos usuários dos serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS. Porto Alegre, 2005. 193 f.