



*GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO*  
*Secretaria da Saúde*

# **PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

**REGIÃO METROPOLITANA  
ESPÍRITO SANTO**

**2012**

## **Renato Casagrande**

Governador

## **Givaldo Vieira da Silva**

Vice-governador

## **José Tadeu Marino**

Secretário de Estado da Saúde

## **Geraldo Corrêa Queiroz**

Subsecretário de Estado da Saúde  
para Assuntos de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde

## **Fábio Benezath Chaves**

Subsecretário de Estado para Assuntos de Gestão Hospitalar

## **Aloisio Calvi**

Subsecretário de Estado da Saúde  
para Assuntos de Administração e Financiamento da Atenção à Saúde

## **Carlos Roberto Guerra Freitas**

Coordenador Estadual de Urgência e Emergência

# **Grupo Condutor do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências**

## **Representantes do Ministério da Saúde**

**Diego dos Santos Araújo e Gilcilene Pretta Cani Ribeiro**

Apoio Institucional do Ministério da Saúde

## **Representantes da Secretaria Estadual de Saúde**

**Carlos Roberto Guerra Freitas**

Coordenador Estadual da Urgência e Emergência  
Coordenador do Grupo Condutor do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências

**Melissa Santos Oliveira Lisboa**

Representante da Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos da Gestão Hospitalar

**Elaine Cristina Campo Dall’Orto**

Representante da Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde

**Lúcia Maria Lessa Silva**

Superintendente Regional de Saúde Metropolitana

**Antônio Gomes Júnior**

Coordenador Geral do SAMU 192

**Engre Beilke Tenório**

Gerente de Projeto de Expansão do SAMU 192

**Georgia Lopes de Miranda Loura**

Representante da Atenção Primária em Saúde

**Luís Claudio O. da Silva**

Representante do NUEDRH

**Tânia Araújo e Eloá Sena J. Ribeiro**

Representantes da Gerência Estratégica de Planejamento

## **Representante do Comissão Intergestores Bipartite**

**Maria do Socorro Rodrigues Lopes Fernandes**

## **Representantes do Conselho Estadual de Saúde**

**Benedito Domingos dos Santos e Gilson Sena Ventura**

## **Representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde**

**Joana D’arc Vitória de Barros de Jaegher** – Secretária Municipal de Saúde de Vila Velha

**José Carlos Canciglieri** - Secretário Municipal de Saúde de Itaguaçu

**Rosane Ernestina Mageste** – Subsecretaria Municipal de Saúde de Vitória

**Marfiza Machado de Novaes** - Secretária Executiva do COSEMS/ES

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
2. Objetivo.....	10
3. Caracterização.....	11
4. Diagnóstico Situacional de Saúde.....	16
5. Componentes da Rede de Atenção às Urgências.....	33
6. Desafios da Rede de Atenção às Urgências.....	42
7. Ações Planejadas em Desenvolvimento.....	43
8. Considerações Finais.....	45

## Figuras

1. Figura 1: Parametrização Assistencial Portaria GM/MS nº. 1101/2002.....	9
2. Figura 2: Plano Diretor de Regionalização 2011.....	12
3. Figura 3: Pirâmide Etária do Espírito Santo, 1991 – 2010.....	13
4. Figura 4: Pirâmide Etária da Região Metropolitana, 2010.....	14
5. Figura 5: Mortalidade Proporcional Segundo Principais Causas (CID 10) Espírito Santo 2000 a 2010.....	16
6. Figura 6: Mortalidade Proporcional Segundo Faixa Etária e Sexo.....	17
7. Figura 7: Proporção de Óbitos por Doença Cerebrovascular e Doença Isquêmica Do Coração na População com 20 anos e Mais de Idade. ES – 2010.....	19

## Tabelas

1.	Tabela 1: População da Região Metropolitana do Espírito Santo.....	11
2.	Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano, Região Metropolitana, 2000.....	14
3.	Tabela 3: Índice de Desenvolvimento do SUS da Região Metropolitana, 2012.....	15
4.	Tabela 4: Mortalidade Proporcional Segundo Principais Causas da CID-10 e Faixa Etária. Espírito Santo, 2010.....	18
5.	Tabela 5: Causas Gerais de Mortalidade, Segundo Capítulo do CID 10, Região Metropolitana, 2010...	19
6.	Tabela 6: Distribuição das Unidades por Município – Região Metropolitana Maio/2012.....	20
7.	Tabela 7: Distribuição das Equipes por Município – Região Metropolitana Maio/2012.....	21
8.	Tabela 8: Distribuição dos atendimentos por município – Região Metropolitana/2011.....	24
9.	Tabela 9: Distribuição dos PAs e UPAs por município – Região Metropolitana maio/2012.....	26
10.	Tabela 10: Distribuição Hospitais da Região Metropolitana do Espírito Santo – 2011.....	27
11.	Tabela 11: Caracterização dos Hospitais de Pequeno Porte Localizados nos Municípios da Região Metropolitana do Espírito Santo – 2011.....	28
12.	Tabela 12: Caracterização dos Hospitais Regionais e Loco Regionais, Conforme Linhas de Cuidado, 2012.....	29
13.	Tabela 13: Distribuição de Leitos SUS Segundo os Hospitais da Região Metropolitana do Espírito Santo – 2011.....	30
14.	Tabela 14: Municípios elegíveis a Atenção Domiciliar no Espírito Santo, 2011.....	33

# PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA REGIÃO METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO

## 1. INTRODUÇÃO

A Portaria Ministerial Nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência /emergência. Busca melhorar a articulação e a comunicação entre as centrais de regulação do SAMU 192, as Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's 24h), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as unidades hospitalares, tornando o atendimento ainda mais rápido e eficaz, com o objetivo de reduzir as mortes ou sequelas ao paciente.

A Implantação de uma Rede de Atenção à Urgência e Emergência, implica num processo de amadurecimento e reorganização do sistema de saúde loco regional. No Estado esse processo foi iniciado em 2008 resultando no atual desenho da Rede na Região Metropolitana, com definição e posterior pactuação dos pontos de atenção em relação as várias competências no fluxo de atenção às urgências clínicas, do trauma, do IAM (dor torácica) e do AVC (déficit neurológico agudo).

Uma rede de atenção à saúde é organizada para beneficiar uma população definida de um determinado território sanitário micro ou macrorregional, definindo as formas de acesso, com qualidade e resolutividade.

A matriz operacional de uma rede de atenção prevê a organização dos pontos de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, sendo os mesmos interligados por sistemas logísticos de transporte, de regulação e de prontuário, sempre apoiados por um sistema diagnóstico e terapêutico, de informação e de assistência farmacêutica.

Esta forma de organização em redes integradas é possível através da implantação de

uma diretriz clínica, ou seja, uma “linguagem única” que permeie toda a rede de atenção à saúde, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada demanda. Esta “linguagem única” se faz com a implantação de um protocolo de classificação de risco em toda a rede, permitindo uma comunicação acertada e uma pronta assistência do usuário em risco. Além disso, o protocolo é uma ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação da rede, oferecendo os elementos necessários para definição das competências dos vários serviços, a pactuação entre eles e a gestão da rede.

A determinação das prioridades clínicas permite definir as competências dos diversos serviços de saúde e os fluxos internos e externos após a classificação de risco:

- Atribuindo tempos de espera para atendimento médico;
- Definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída;
- Avaliando a necessidade da estrutura física do atendimento;
- Modificando os fluxos e processos de trabalho;
- Mensurando resultados obtidos.

Os fluxos definidos são pactuados internamente aos serviços, entre os diversos profissionais e setores, assim como devem ser pactuados entre os vários serviços que integram a rede de urgência e emergência.

Desta pactuação, além dos serviços nos vários níveis de atenção, devem participar o sistema de regulação e o sistema logístico de transporte de urgência.

Outros dois critérios fundamentais para a organização da rede de resposta às condições agudas são:

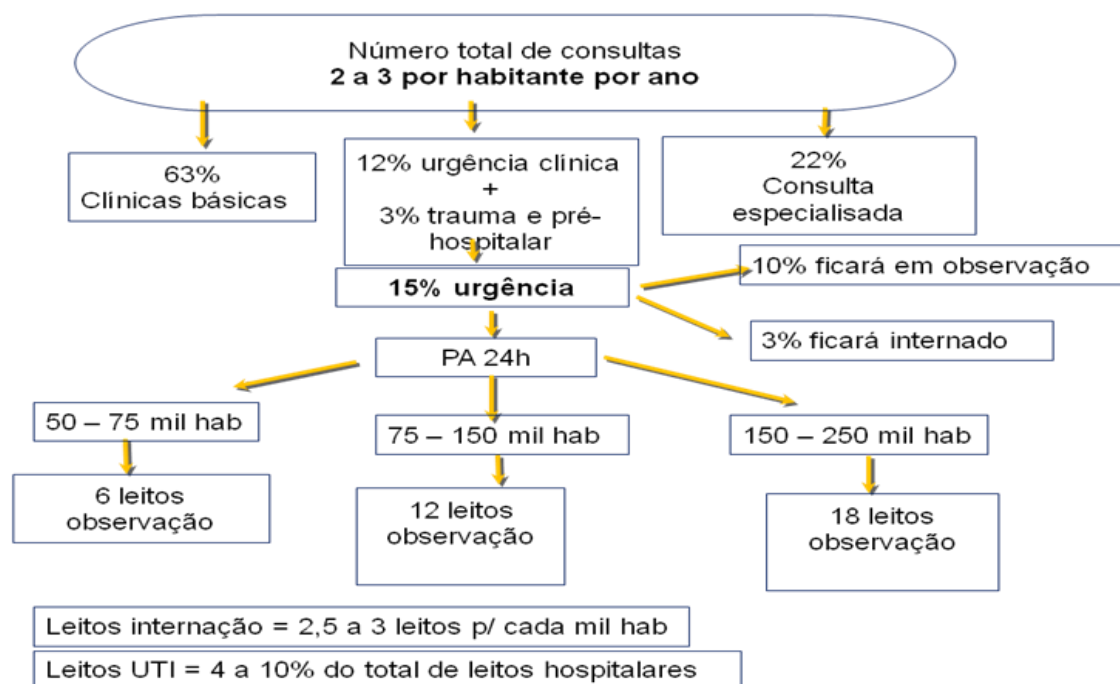
- Informatização dos processos;
- Comando único (sistema de governança).

Nesta perspectiva, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo em parceria com o COSEMS, o Conselho Estadual de Saúde, a CIR Metropolitana e o apoio institucional do Ministério da Saúde elaboram a proposta de diretrizes e critérios para a construção do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências.

Para responder às necessidades da população e impactar positivamente nos indicadores de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde decidiu pela implantação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência na Região Metropolitana, devido mais da metade da população capixaba se encontrar nesta região.

Para o dimensionamento da necessidade de saúde em urgência e emergência foram utilizados os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde na Portaria GM/MS nº. 1.101/2002. A aplicação destes parâmetros permite uma primeira ordem de grandeza para o dimensionamento da necessidade de saúde e, conseqüentemente, do quantitativo de procedimentos e serviços que devem ser oferecidos à população.

**Figura 1: Parametrização Assistencial Portaria GM/MS nº. 1101/2002**



Como princípios organizativos para a estruturação da rede, foram considerados o tempo de acesso, a distribuição regional do recurso, a economia de escala e escopo.

Foi definido como local de discussão da rede o Comitê Gestor de Urgência e Emergência, composto por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde, da Polícia Rodoviária Federal, do

Corpo de Bombeiros, da Defesa Civil Estadual e das Unidades Hospitalares que compõem a rede, tendo este comitê um papel deliberativo.

Nele são discutidos e definidos os fluxos e redes de atendimento, protocolos, termos de compromisso, propostas de capacitações, além de outros assuntos pertinentes ao atendimento de urgência do cidadão. Todas as definições são posteriormente encaminhadas para deliberação e homologação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/ES).

O processo de implantação da rede exigiu a atualização dos processos de trabalho definidos com a criação do Grupo Condutor do Plano de Ação Regional Metropolitano, através da Resolução CIB nº. 023/2012, publicado no DIO em 09 de abril de 2012, reorganizando a partir da definição dos pontos de atenção, com respectivas competências e envolvendo todo o nível técnico e gerencial.

O Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana do Espírito Santo está fundamentado nas normativas do SUS, com destaque para as Portarias específicas dos componentes da rede de urgências tanto no âmbito federal como estadual. Foi elaborado dentro de um diagnóstico situacional de atenção às urgências da região a partir de uma matriz diagnóstica e de uma posterior análise das necessidades de saúde regional. A pactuação deste desenho regional da Rede foi realizada em reuniões permanentes do Grupo Condutor do Plano Regional de Atenção às Urgências, com o apoio das áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde, do COSEMS e do Ministério da Saúde.

O Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, servirá como instrumento balizador para a elaboração dos demais planos das três outras regiões de saúde do estado, conforme definido pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR/2011.

## **2. OBJETIVO**

O objetivo geral é ampliar e organizar o acesso humanizado e integral dos usuários em situações de urgência/emergência através da integração de todos os componentes e serviços de saúde, de forma ágil e adequada; priorizando as linhas de

cuidado cardiovascular, cérebro-vascular e traumatológica, instituindo o Acolhimento com Classificação de Risco como linguagem única da rede.

### 3. CARACTERIZAÇÃO

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

A Região Metropolitana do Espírito Santo engloba 20 municípios, que totalizam uma população de 1.935.393 habitantes ([IBGE Cidades@ 2010](#)), que representa 55,06% da população total do Estado do Espírito Santo, conforme distribuição abaixo por município da região:

**Tabela 1: População da Região Metropolitana do Espírito Santo**

	<b>Município</b>	<b>Total</b>
1	Afonso Cláudio	31.091
2	Brejetuba	11.915
3	Cariacica	348.738
4	Conceição do Castelo	11.681
5	Domingos Martins	31.847
6	Fundão	17.025
7	Guarapari	105.286
8	Ibatiba	22.366
9	Itaguaçu	14.134
10	Itarana	10.881
11	Laranja da Terra	10.826
12	Marechal Floriano	14.262
13	Santa Leopoldina	12.240
14	Santa Maria de Jetibá	34.176
15	Santa Teresa	21.823
16	Serra	409.267
17	Venda Nova do Imigrante	20.447
18	Viana	65.001
19	Vila Velha	414.586
20	Vitória	327.801
	<b>Total</b>	<b>1.935.393</b>

Fonte: IBGE/2010

**Figura 2: Plano Diretor de Regionalização 2011**

# PDR - Plano Diretor de Regionalização 2011

Homologado em  
10/11/2011



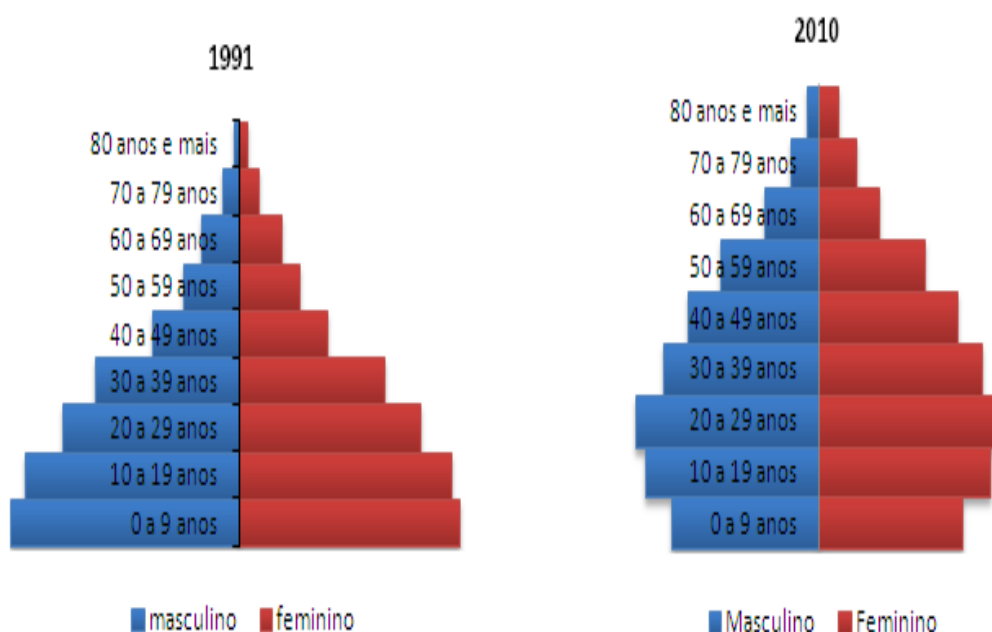
Fonte: PDR/2011

Quanto à gestão do sistema municipal de saúde os municípios de

Afonso Cláudio, Domingos Martins, Fundão, Ibatiba, Itaguaçu, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Venda Nova do Imigrante e Viana detêm a Declaração de Comando Único. Já os municípios Serra e Guarapari detêm a Declaração de Comando Único para Unidade de Pronto Atendimento 24 horas - UPA, Vitória e Vila Velha detêm a Declaração de Comando Único para Média Complexidade Ambulatorial, sendo que os dois municípios assumiram inicialmente o laboratório e estão sendo feitas negociações para assumirem os demais serviços.

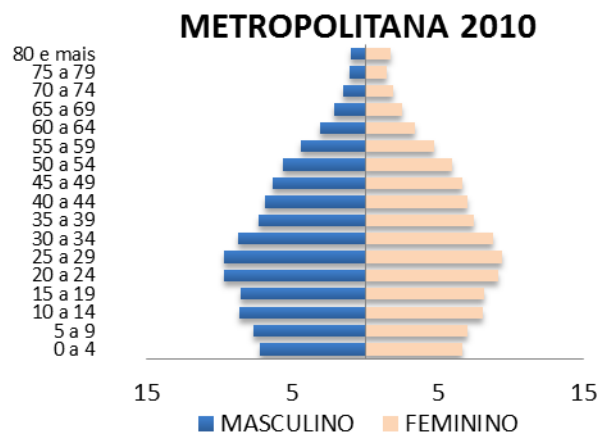
A pirâmide etária da Região Metropolitana acompanha as características do Espírito Santo, com maior concentração (19%) em jovens entre os 20 a 29 anos, seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos (16,2%), de 40 a 49 anos (13,5%) e 50 a 59 anos (10,4%). Crianças/adolescentes de 10 a 19 anos representam 16,7% e as crianças de 0 a 9 anos representam 14,2% da população, enquanto a população idosa (acima de 60 anos) responde por 10% do contingente populacional, com tendência a crescimento.

**Figura 3: Pirâmide Etária do Espírito Santo, 1991 - 2010**



Fonte: PDR 2011

**Figura 4: Pirâmide Etária da Região Metropolitana, 2010**



Fonte: IBGE/2010

O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH médio da Região Metropolitana é de 0,75, acima do índice do Estado do Espírito Santo (0,73) – IBGE/2000.

**Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano, Região Metropolitana, 2000**

Município	UF	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)
Afonso Cláudio	ES	0,717
Brejetuba	ES	0,680
Cariacica	ES	0,750
Conceição do Castelo	ES	0,709
Domingos Martins	ES	0,736
Fundão	ES	0,752
Guarapari	ES	0,789
Ibatiba	ES	0,721
Itaguaçu	ES	0,748
Itarana	ES	0,741
Laranja da Terra	ES	0,719
Marechal Floriano	ES	0,755
Santa Leopoldina	ES	0,711
Santa Maria de Jetibá	ES	0,724
Santa Teresa	ES	0,789
Serra	ES	0,762
Venda Nova do Imigrante	ES	0,778
Viana	ES	0,737
Vila Velha	ES	0,817
Vitória	ES	0,856

Fonte: IBGE/2000

Com relação ao Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), ferramenta que avalia o acesso e a

qualidade dos serviços de saúde, o Brasil possui o IDSUS equivalente a 5,47 e a Região Sudeste 5,56. Já o Estado do Espírito Santo possui o IDSUS de 5,79. Abaixo a tabela dos municípios da Região Metropolitana com suas notas.

**Tabela 3: Índice de Desenvolvimento do SUS da Região Metropolitana, 2012.**

MUNICÍPIO	Código	NOTA IDSUS	POSIÇÃO RANKING	
			Estadual	Regional
Vitória	320530	7,07	1°	1°
Santa Maria de Jetibá	320455	7,06	2°	2°
Santa Teresa	320460	6,9	5°	3°
Venda Nova do Imigrante	320506	6,85	6°	4°
Conceição do Castelo	320170	6,74	11°	5°
Domingos Martins	320190	6,68	12°	6°
Viana	320510	6,67	13°	7°
Marechal Floriano	320334	6,59	16°	8°
Itaguaçu	320270	6,51	17°	9°
Laranja da Terra	320316	6,51	18°	10°
Itarana	320290	6,34	23°	11°
Fundão	320220	6,12	34°	12°
Brejetuba	320115	6,06	37°	13°
Afonso Cláudio	320010	5,96	39°	14°
Santa Leopoldina	320450	5,95	40°	15°
Cariacica	320130	5,63	55°	16°
Vila Velha	320520	5,51	58°	17°
Ibatiba	320245	5,17	69°	18°
Serra	320500	4,97	73°	19°
Guarapari	320240	4,74	75°	20°

Fonte: Coordenação de Monitoramento e Avaliação (CGMA) / Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas)/ Secretaria Executiva (SE) / Ministério da Saúde (MS), 2012

### 3.2 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

O Estado do Espírito Santo possui uma área de 46.098,571 km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 76,25 hab/km<sup>2</sup>. Já a Região Metropolitana possui uma área de 9.370, 875 km<sup>2</sup> com densidade demográfica de 206,53 hab/km<sup>2</sup>.

Há grande concentração populacional na Capital Vitória com densidade demográfica de 3.327,73 hab/Km<sup>2</sup>. A distribuição da população na Região Metropolitana se dá

fortemente na sua área urbana com 1.769.382 habitantes (91,4%).

A Região Metropolitana é cortada por duas Rodovias Federais, a BR 101 e a BR 262 e as Rodovias Estaduais ES 010, ES 080, ES 124, ES 146, ES 164, ES 165, ES 261, ES 264, ES 368, ES 376 e ES 462.

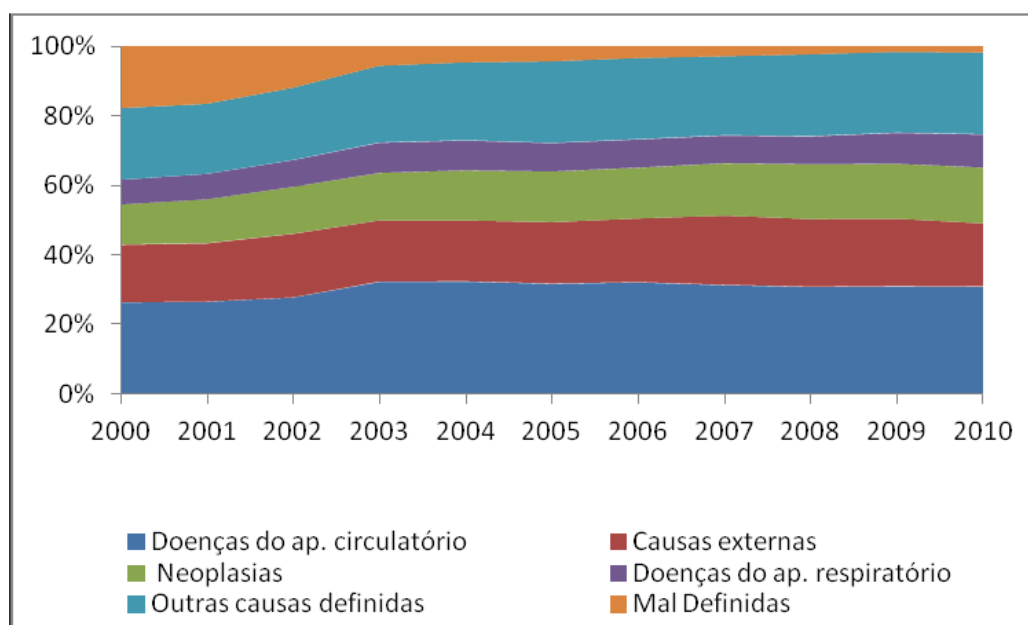
#### 4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE

##### 4.1 PERFIL DE MORTALIDADE

No Espírito Santo ocorrem anualmente cerca de 20.000 óbitos, o coeficiente de mortalidade geral oscilou entre 5,6 e 6,0 óbitos a cada mil habitantes no período compreendido entre os anos de 2000 e 2010.

A análise dos dados de mortalidade proporcional segundo a causa do óbito da Classificação Internacional de Doenças - CID 10, apresenta as Doenças do Aparelho Circulatório em primeiro lugar, seguido das Causas Externas (acidentes, homicídios e suicídios); em terceiro as Neoplasias e em quarto as Doenças do Aparelho Respiratório. Nestes quatro capítulos da CID 10 concentram-se 76% do total de óbitos (PDR 2011).

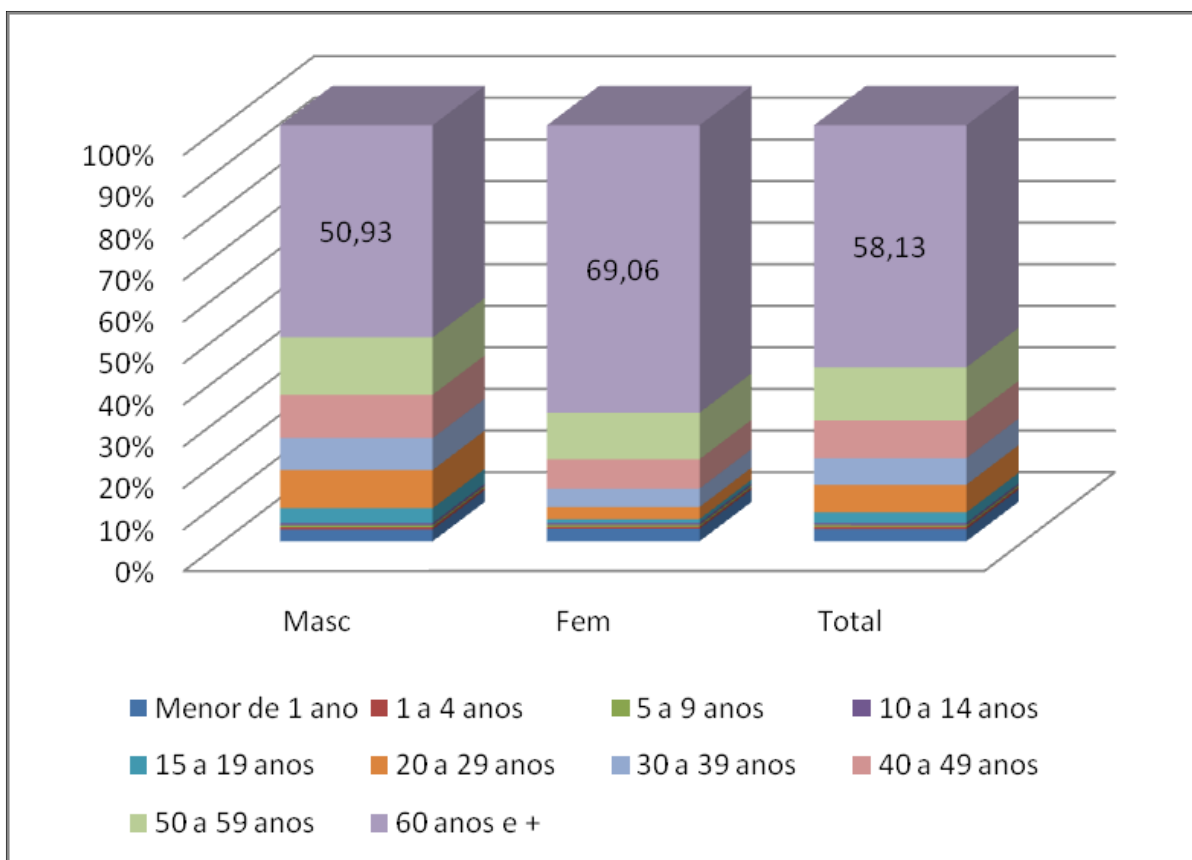
**Figura 5: Mortalidade Proporcional Segundo Principais Causas (CID 10) Espírito Santo 2000 a 2010**



Fonte: PDR/2011

Quando analisados isoladamente os dados de 2010 segundo a idade e gênero, observa-se que a população masculina morre mais e mais jovem. Enquanto 69% das mulheres morreram a partir dos 60 anos, entre os homens este número é de 51%. Do total de óbitos registrados em 2010, 60% foram do sexo masculino, a razão de mortalidade é de 1,5 óbitos no masculino para cada óbito no sexo feminino. Estudo publicado com dados de 2008 elege o Espírito Santo como o estado com maior razão de mortalidade entre os sexos (1,56).

**Figura 6: Mortalidade Proporcional Segundo Faixa Etária e Sexo**



Fonte: PDR/2011

As causas externas predominam desde a faixa etária de 01 a 04 anos até os 50 anos de vida, com destaque para a faixa dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 29 anos, onde o peso das causas externas representa 85% e 77% dos óbitos respectivamente.

**Tabela 4: Mortalidade Proporcional Segundo Principais Causas da CID-10 e Faixa Etária. Espírito Santo, 2010.**

FAIXA ETÁRIA	1ª POSIÇÃO	2ª POSIÇÃO	3ª POSIÇÃO	4ª POSIÇÃO
< 1 ano	Afec Perinatal (57,1)	M.F. e anom cong (26)	Causas Externas (3,9)	Ap. Respiratório (3,6)
1 a 4 anos	Causas Externas (26,5)	Ap. Respiratório (13,7)	Sistema Nervoso (12,0)	DIP (10,3)
5 a 9 anos	Causas Externas (28,7)	Neoplasias (14,9)	Sistema Nervoso (13,8)	Ap. Respiratório (9,2)
10 a 14 anos	Causas Externas (49,1)	Sistema Nervoso (9,6)	Neoplasias (7,9)	Endócrinas e Metabólicas (6,1)
15 a 19 anos	Causas Externas (85,3)	Sistema Nervoso (3,6)	Ap. Circulatório (2,26)	Neoplasias (2,08)
20 a 29 anos	Causas Externas (77,0)	Ap. Circulatório (4,2)	Neoplasias (4,1)	DIP (2,8)
30 a 39 anos	Causas Externas (52,3)	Ap. Circulatório (12,0)	Neoplasias (9,4)	DIP (6,6)
40 a 49 anos	Causas Externas (27,5)	Ap. Circulatório (21,1)	Neoplasias (17,0)	Ap. Digestivo (9,0)
50 a 59 anos	Ap. Circulatório (31,2)	Neoplasias (23,2)	Causas Externas (13,7)	Ap. Digestivo (7,8)
60 anos e mais	Ap. Circulatório (41,0)	Neoplasias (18,3)	Ap. Respiratório (13,4)	Endócrinas e Metabólicas (7,1)
Todas as idades	Ap. Circulatório (30,9)	Causas Externas (18,1)	Neoplasias (16,2)	Ap. Respiratório (9,5)

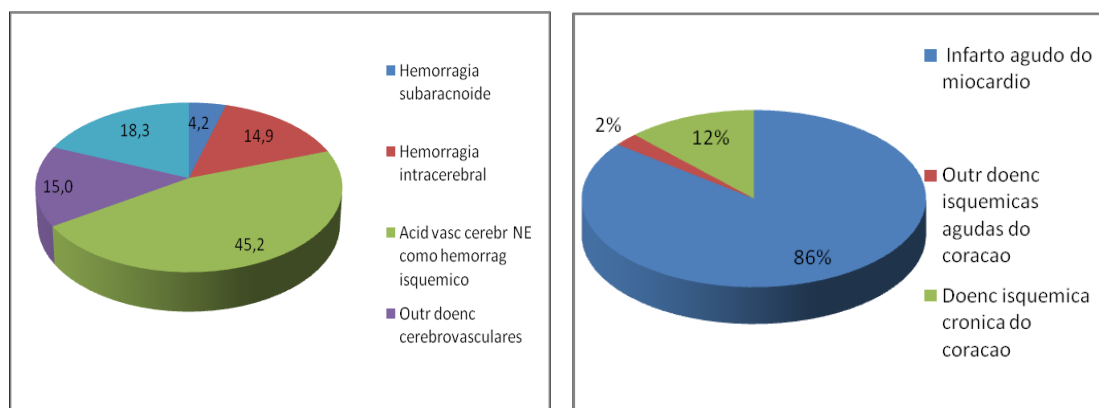
Fonte: PDR/2011

As Doenças do Aparelho Circulatório estão contempladas no Capítulo IX da CID10 e representam a primeira causa de óbito para ambos os sexos, sendo mais incidente na população masculina. O coeficiente específico de mortalidade por esta causa na população com 20 anos e mais de idade apresenta declínio no período estudado, passando de 298,5 para 270,5 óbitos por 100 mil habitantes entre os anos de 2006 e 2010.

No capítulo das doenças do aparelho circulatório destacam-se os óbitos por doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular, ocupando 34% e 32% respectivamente. Enquanto em indivíduos do sexo masculino a incidência de óbitos por doença cardíaca foi maior, no sexo feminino prevaleceram as mortes por doenças cerebrovasculares.

O infarto agudo do miocárdio foi responsável por 85% das mortes por doença isquêmica do coração em 2010, seguido pelas doenças isquêmicas crônicas, com 12%. Entre as mortes por doenças cerebrovasculares, o acidente vascular cerebral foi responsável por 86%.

**Figura 7: Proporção de Óbitos por Doença Cerebrovascular e Doença Isquêmica do Coração na População com 20 anos e Mais de Idade. ES – 2010**



Fonte: PDR/2011

No que se refere à Região Metropolitana às principais causas de mortalidade observadas no ano de 2010, segundo capítulo do CID 10, estiveram relacionadas às doenças do aparelho circulatório (29,1%), seguidas das causas externas (19,2%).

**Tabela 5: Causas Gerais de Mortalidade, Segundo Capítulo do CID 10, Região Metropolitana, 2010**

Capítulo CID – 10	METROPOLITANA
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	389
Neoplasias (tumores)	2265
Doenças sangue órgãos hematológicos e transt imunitários	30
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	565
Transtornos mentais e comportamentais	177
Doenças do sistema nervoso	324
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1
Doenças do aparelho circulatório	3493
Doenças do aparelho respiratório	994
Doenças do aparelho digestivo	616
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	33
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	51
Doenças do aparelho geniturinário	264
Gravidez parto e puerpério	23
Algumas afecções originadas no período perinatal	200
Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	149
Sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e Laboratorial	129
Causas externas de morbidade e mortalidade	2307
<b>TOTAL</b>	<b>12010</b>

Fonte: TABNET/SESA

## 4.2 CAPACIDADE INSTALADA

### 4.2.1 Atenção Básica

De acordo com o Roteiro Orientador preenchido pelos municípios para que o Grupo Condutor realizasse uma análise situacional da Rede de Urgência e Emergência, a Região Metropolitana dispõe de 76 Unidades Básicas de Saúde convencionais, 20 Unidades Básicas com Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 154 Unidades de Saúde da Família e 42 Unidades Ambulatoriais Especializadas.

**Tabela 6: Distribuição das Unidades por Município – Região Metropolitana Maio/2012**

	Município	UBS	UBS com PACS	USF	Unidade Ambulatorial Especializada*
1	Afonso Cláudio	4	-	7	2
2	Brejetuba	-	-	4	-
3	Cariacica	29	-	2	4
4	Conceição do Castelo	1	-	4	2
5	Domingos Martins	9	3	5	-
6	Fundão	-	-	4	1
7	Guarapari	16	-	6	6
8	Ibatiba	-	1	4	2
9	Itaguaçu	-	-	9	1
10	Itarana	-	-	6	-
11	Laranja da Terra	-	-	6	-
12	Marechal Floriano	2	-	5	1
13	Santa Leopoldina	-	-	5	-
14	Santa Maria de Jetibá	1	-	7	2
15	Santa Teresa	-	-	8	4
16	Serra	-	7	26	4
17	Venda Nova do Imigrante	-	-	5	1
18	Viana	-	6	10	-
19	Vila Velha	10	-	8	3
20	Vitória	4	3	21	9
	<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>20</b>	<b>152</b>	<b>42</b>

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde/maio 2012

\*Centros de Referência, CAPs, etc.

Analisando o quantitativo de Equipes de Saúde de Família temos 264 equipes e com média de cobertura de PSF de 74,2%, numa variação de 23,67% a 100% de cobertura.

**Tabela 7: Distribuição das Equipes por Município – Região Metropolitana Maio/2012**

	<b>Município</b>	<b>Nº de equipes PSF</b>	<b>% de cobertura do PSF</b>
1	Afonso Cláudio	7	64,98
2	Brejetuba	4	100
3	Cariacica	22	32
4	Conceição do Castelo	3	94
5	Domingos Martins	5	54,82
6	Fundão	6	89
7	Guarapari	11	23,67
8	Ibatiba	5	74,22
9	Itaguaçu	5	100
10	Itarana	4	100
11	Laranja da Terra	4	100
12	Marechal Floriano	5	82,81
13	Santa Leopoldina	5	100
14	Santa Maria de Jetibá	7	74
15	Santa Teresa	8	100
16	Serra	36	37,93
17	Venda Nova do Imigrante	6	100
18	Viana	10	53,3
19	Vila Velha	34	31,45
20	Vitória	77	72
	<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>Média: 74,2%</b>

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde/maio 2012

Considerando a Atenção Básica como a ordenadora da Rede de Urgência e Emergência, o Governo do Estado do Espírito Santo, através da Secretaria de Estado da Saúde estabeleceu o desafio do fortalecimento da Atenção Primária no Planejamento Estratégico 2011/2014.

#### **4.2.2 SAMU 192**

Em 2005 foi implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, priorizado em seis municípios da Região Metropolitana de Vitória (Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana e Fundão) por concentrar grande parte da população do Estado; ser entrecortada por Rodovias Estaduais e Federais e ferrovia interestadual; por possuir uma melhor estruturação de Rede Hospitalar para retaguarda de pacientes; e pelo alto índice de

atendimentos por causas externas (agressão por armas de fogo, acidentes de trânsito, etc.).

Iniciou seus atendimentos na Região Metropolitana da Grande Vitória com 18 ambulâncias, sendo quatro Unidades de Suporte Avançado (USA), 14 Unidades de Suporte Básico (USB); e uma Central de Regulação com cinco Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM), três Médicos Reguladores e dois Rádio-operadores a cada plantão.

As 18 ambulâncias foram distribuídas nos seis municípios conforme descrição:

- 3 USBs e 1 USA em Vitória;
- 3 USBs e 1 USA em Vila Velha;
- 3 USBs e 1 USA em Serra;
- 3 USBs e 1 USA em Cariacica;
- 1 USB em Viana;
- 1 USB em Fundão.

No primeiro ano o SAMU realizou 33.256 atendimentos, representando um avanço em termos de atendimento médico pré-hospitalar, oferecendo aos cidadãos o atendimento de urgência no local certo, com qualidade e no menor tempo possível por meio da grade de referência pactuada.

Após um ano de serviço observou-se um aumento considerável nas ligações ao SAMU e com a expansão do serviço, em janeiro de 2008, no município de Guarapari, houve também um acréscimo de duas Unidades Móveis (uma USA e uma USB), aumentando em mais um telefonista e um médico presentes na Central de Regulação para os atendimentos prévios à população.

Em julho e agosto de 2010 uma nova expansão do Serviço foi realizada para os municípios de Domingos Martins, Marechal Floriano, Venda Nova do Imigrante, Anchieta e Piúma, cobrindo uma população de 117.581 (IBGE, 2010).

Em agosto de 2011, com o intuito de agilizar, diminuir o tempo de atendimento e prestar socorro em locais de difícil acesso, teve início o serviço de Motolâncias na Grande Vitória. Atuando em duplas, os técnicos de enfermagem capacitados no atendimento às

urgências e direção defensiva realizam o primeiro atendimento até a chegada da ambulância.

Atualmente o Serviço conta uma Central Regional de Regulação de Urgência, localizada no município de Vitória, realizando a cobertura de 10 municípios da Região Metropolitana (Cariacica, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Marechal Floriano, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória), além dos municípios de Anchieta e Piúma que hoje se encontram inseridos na Região Sul do Espírito Santo. As ambulâncias e motolâncias estão distribuídas conforme descrição abaixo:

- 3 Unidades de Suporte Básico (USBs) e 2 Unidades de Suporte Avançado (USAs) em Vitória;
- 3 USBs e 1 USA em Vila Velha;
- 3 USBs e 1 USA em Serra;
- 3 USBs e 1 USA em Cariacica;
- 1 USB em Viana;
- 1 USB em Fundão;
- 1 USB e 1 USA em Guarapari;
- 1 USA em Venda Nova do Imigrante;
- 1 USB em Marechal Floriano;
- 2 Motolâncias em Vitória; e
- 2 Motolâncias em Cariacica.

356 profissionais fazem parte do SAMU: 66 médicos, 42 enfermeiros, 84 técnicos de enfermagem, 104 condutores, 31 telefonistas, 12 rádio-operadores, quatro coordenadores (coordenação geral, coordenação médica, coordenação de enfermagem e coordenação administrativa), um supervisor de frota, um farmacêutico, três auxiliares de farmácia, cinco assessores administrativos (compras, secretariado, informática e frota), um controlador de recursos humanos, dois funcionários de manutenção.

No ano de 2011 o SAMU 192 recebeu 635.660 ligações, sendo 291.421 trotes (46%), 196.421 solicitações de informação (31%), 57.738 orientações médicas (9%) e 90.080 regulações médicas. Destas 90.080 regulações houve o envio da ambulância em 45.752

chamados (51%), sendo enviada a ambulância de suporte avançado (USA) em 8.730 (19%), a Unidade de Suporte Básico em 34.969 (77%), as motolâncias em 452 (1%) e a Unidade do Corpo de Bombeiro em 1.601 (3%) dos chamados do SAMU.

**Tabela 8: Distribuição dos atendimentos por município – Região Metropolitana/2011**

	Regulações	Envio de Unidade
Cariacica	19.856	9.698
Domingos Martins	381	308
Fundão	616	535
Guarapari	5.823	3.491
Marechal Floriano	461	317
Serra	23.127	9.498
Venda N. do Imigrante	466	392
Viana	3.531	1.806
Vila Velha	18.315	9.576
Vitória	13.032	9.314
Outros (Anchieta e Piúma)	1.409	788

Fonte: SRSAMU/2011

A gestão do SAMU 192 na Região Metropolitana é Estadual, mas o Estado está conduzindo uma agenda com os municípios da Região para formalizar a co-gestão do Serviço.

#### **4.2.3 Sala de Estabilização**

A Região Metropolitana, atualmente não possui nenhum estabelecimento com sala de estabilização, conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 2.338/2011.

#### **4.2.4 Central de Regulação de Internação de Urgência – CRIU**

Entre os anos de 1999 e 2003 a Secretaria Estadual de Saúde implantou uma Central de Regulação de Vagas, que recebia apenas de 8 a 10 solicitações de regulação por dia.

Em 2009/2010 iniciam-se as ações voltadas para a interação entre os três eixos principais da regulação, processo que fortifica seu potencial: CRIU, SAMU e Supervisão Médica.

Em 2010, com o desenvolvimento do Projeto Piloto e a consultoria externa, foram

identificados pontos fundamentais de interação na regulação para garantir a Macrorregulação e empoderar o Estado na Microrregulação: Gerência de Regulação, Superintendências Regionais, Contratos, Controle, Monitoramento e Auditoria.

Atualmente a CRIU atende de forma diferenciada e individualizada a cada demanda, de acordo com a necessidade, tendo como prioridade o atendimento às necessidades de saúde, alicerçando-se no conhecimento dos recursos disponíveis, triagem e classificação de necessidades, conferindo equidade ao SUS.

Esta Central de Regulação tem como principal competência agilizar e qualificar o fluxo de acesso do cidadão aos serviços e ações de saúde de média e alta complexidade na esfera da urgência e emergência, de forma organizada, e hierarquizada, colocando-se a serviço da defesa do direito à saúde do cidadão.

Em 2011 ocorre mais uma etapa no processo de regulação com a implantação do Sistema MV de Regulação “*on line*”, nos pronto-atendimentos e hospitais de pequeno porte da região metropolitana.

Neste mesmo ano instala-se a regulação de 100% dos leitos do Hospital Estadual Central pela CRIU e a integração dos sistemas hospitalar e de regulação, possibilitando visualização, em tempo real, da alta hospitalar e conseqüentemente a liberação imediata do leito, sendo que atualmente são regulados 100% dos leitos SUS no Hospital Evangélico de Vila Velha, Hospital dos Ferroviários, Hospital Estadual de Atenção Clínica, Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, além de todos os Prontos Atendimento da Grande Vitória.

#### **4.2.5 Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas e Pronto atendimento (PA)**

A Região Metropolitana possui 02 UPA's de Porte III localizadas nos municípios de Serra e Guarapari. Conforme relatório apresentado pelos municípios a Região possui também 13 PA's, todos sob gestão municipal, conforme distribuição abaixo:

**Tabela 9: Distribuição dos PAs e UPAs por município – Região Metropolitana maio/2012**

<b>Município</b>	<b>PA</b>	<b>UPA</b>
Brejetuba	Unidade de Saúde da Sede de Brejetuba	
Cariacica	Pronto atendimento Infantil de Cariacica Pronto Atendimento de Itacibá	
Fundão	Unidade Mista Dr. César Agostini	
Guarapari		UPA Guarapari
Ibatiba	Pronto Atendimento Municipal Eliana Saraiva T. Carvalho	
Marechal Floriano	Policlínica Ary Ribeiro da Silva	
Serra	Pronto Atendimento da Serra Sede	UPA de Carapina
Viana	Pronto Atendimento de Viana	
Vila Velha	PA da Glória e PA de Cobilândia	
Vitória	Policlínica de São Pedro e PA da Praia do Suá	

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde/maio 2012

As Unidades atendem por demanda espontânea e referenciada pela Central de Regulação de Urgências do SAMU 192. Apesar de ser uma Unidade de atendimento 24 horas, sem leitos de internação, os usuários podem permanecer por vários dias ocupando leitos de observação até serem regulados para unidades hospitalares de maior porte por conta da insuficiente oferta de leitos resolutivos clínicos e cirúrgicos de retaguarda.

A Secretaria Estadual de Saúde instituiu, por meio da portaria 040-S de 14/02/12, o Núcleo de Educação da Urgência- NEU, que será responsável em elaborar as propostas de protocolos de fluxo e as qualificações necessárias para melhor reposta na rede de urgência e emergência, desenvolvendo suas atividades orientadas pelas normas e portarias do Ministério da Saúde. O NEU capacitou em 2011, aproximadamente 50 profissionais dos Prontos Atendimentos da Região Metropolitana no protocolo de atendimento à Síndrome Coronariana Aguda - IAM e em 2012 trabalhará na elaboração do protocolo de atendimento ao Trauma e ao Acidente Vascular Cerebral-AVC. Estão previstos que outros 800 profissionais serão capacitados em protocolos relativos na assistência às urgências e emergências entre os anos de 2012 a 2013.

#### **4.2.6 Componente Hospitalar**

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, a Região

Metropolitana possui 25 unidades hospitalares com Serviço de Urgência 24 horas que ofertam atendimento por demanda espontânea e a referenciada aos usuários do SUS, conforme distribuição abaixo:

**Tabela 10: Distribuição Hospitais da Região Metropolitana do Espírito Santo – 2011**

Município	Quantidade	Hospital	Natureza
Afonso Cláudio	1	S .Vicente Paulo	Filantrópico
Cariacica	2	Mat. de Cariacica <sup>1</sup> Atenção Clínica <sup>2</sup>	Público Municipal Público Estadual
Conceição do Castelo	1	N S. da Penha	Público Municipal
Domingos Martins	1	Maternidade Dr. Arthur Gerhard	Filantrópico
Ibatiba	1	M. N. S. da Penha	Privado
Itaguaçu	1	N. S. da Boa Família	Filantrópico
Itarana	1	São Brás	Filantrópico
Laranja da Terra	1	US3 M. São João Batista	Público Municipal
Santa Leopoldina	1	N. S. da Penha	Privado
Stª. Mª. de Jetibá	1	Beneficente Concórdia	Filantrópico
S. Teresa	1	Madre Regina Protmann	Filantrópico
Serra	2	Dr. Dório Silva Maternidade de Carapina <sup>1</sup>	Público Estadual Público Municipal
Venda N. Imigrante	1	Padre Máximo	Filantrópico
Vila Velha	4	Antônio Bezerra de Faria	Público Estadual
		Infantil e Materno Alzir Bernadino Alves	Público Estadual
		Evangélico de Vila Velha	Filantrópico
		Maternidade Cobilândia <sup>1</sup>	Público Municipal
Vitória	6	São Lucas	Público Estadual
		Infantil Nossa Senhora da Glória	Público Estadual
		Universitário Cassiano Antônio de Moraes	Federal Universitário
		Santa Casa de Misericórdia de Vitória	Filantrópico
		Santa Rita <sup>3</sup>	Filantrópico
		Promatre <sup>1</sup>	Filantrópico

Fonte: Sesa/CNES

<sup>1</sup> Apenas Urgência Obstétrica

<sup>2</sup> Apenas Urgência Psiquiátrica

<sup>3</sup> Apenas Urgência Oncológica

O Pronto Socorro do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) atualmente não está contratualizado, uma vez que se encontra fechado para reforma e ampliação, e sua inserção na rede se dará por meio de um aditivo contratual quando o serviço estiver disponível à população.

#### 4.2.6.1 Hospital de Pequeno Porte

Na região metropolitana, como nas demais regiões os pequenos hospitais se destacam pela baixa taxa de ocupação e a importante utilização dos mesmos para situações passíveis de solução na atenção primária a saúde. Nessa região, temos 4 estabelecimentos privados, porém em dois deles 100% dos leitos estão contratados pelo sistema público de saúde. O município de Fundão, não apresenta internação em função de obras que estão sendo realizada naquela unidade.

Tomando como referência a distribuição dos HPPs de acordo com a divisão territorial do PDR 2011, apresentamos a seguir alguns dados sobre estes serviços na Região:

**Tabela 11: Caracterização dos Hospitais de Pequeno Porte Localizados nos Municípios da Região Metropolitana do Espírito Santo – 2011**

Município	HPP	Natureza	Leitos	Taxa	ICSAA
			Totais/SUS	Ocupação /2011	%
Afonso Cláudio	H. S. Vicente Paulo	Filantrópico	42/36	26%	41,10%
Conceição do Castelo	H. N. S. da Penha	P. Municipal	21/21	18%	32,00%
Fundão	U. M. Dr. Cesar Agostini	P. Municipal	29/29	0%	
Guarapari	H. M. N. S. da Conceição	Privado	49/49	44%	34,10%
	H. S. Judas Tadeu	Privado	40/37	34%	25,90%
Ibatiba	H. M. N. S. da Penha	Privado	50/41	32%	39,10%
Itaguaçu	H. N. S. da Boa Família	Filantrópico	36/32	11%	49,00%
Itarana	H. São Brás	Filantrópico	35/30	13%	38,20%
Laranja da Terra	US3 M. São João Batista	P. Municipal	15/15	17%	46,70%
Santa Leopoldina	H. N. S. da Penha	Privado	20/20	28%	12,70%
Stª. Mª. de Jetibá	H. Beneficente Concórdia	Filantrópico	49/46	40%	26,30%
Venda N. Imigrante	H. Padre Máximo	Filantrópico	47/35	50%	19,40%

Fonte: SESA/SAROAS/GERA

#### 4.2.6.2 Hospitais Loco-regionais e Regionais

A Rede de Atenção da Urgência e Emergência da Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo é constituída por níveis de atenção, pactuados entre gestores e serviços de saúde. Priorizado o atendimento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), do Trauma e do Acidente Vascular Encefálico (AVE).

**Tabela 12: Caracterização dos Hospitais Regionais e Loco Regionais, Conforme Linhas de Cuidado, 2012**

Linhas de Cuidado	Nível I (Regional)	Nível II (loco regional)	Nível III (loco regional)
Cardiovascular – IAM	H. Evangélico de Vila Velha H. Universitário Cassiano Ant <sup>o</sup> . de Moraes		
Cerebrovascular	H. Estadual Central	H. Dório Silva	
Traumatológico	H. São Lucas	H. Dório Silva	H. Padre Máximo H. Madre Regina Prottman H. Antônio Bezerra de Faria

Fonte: Sesa/Resolução CIB 203/2011

Os Hospitais Ferroviários em Vila Velha, Estadual de Atenção Clínica em Cariacica, Maternidade Dr. Arthur Gerhard em Domingos Martins e Madre Regina Prottman em Santa Teresa são Hospitais Loco regionais de Retaguarda Clínica.

#### 4.2.6.3 Leitos Hospitalares

Considerando os leitos cadastrados no CNES, a Região Metropolitana possui 2.648 leitos SUS, conforme descritos na tabela 12.

Para o definirmos a necessidade de leitos na região, utilizaremos os parâmetros da Portaria GM nº 1.101/2002, considerando a porcentagem de 70% como população dependente do SUS e 3 leitos para cada 1000 habitantes. A necessidade de leitos totais na região é de 4.064 leitos SUS, um déficit de 1.416 leitos SUS.

**Tabela 13: Distribuição de Leitos SUS Segundo os Hospitais da Região Metropolitana do Espírito Santo – 2011**

Município	Hospital	TOTAL SUS	Leitos Clínicos	Leitos Cirúrgicos	Leitos Pediátricos	Leitos UTI <sup>1</sup>	Leitos Outros <sup>2</sup>
Afonso Cláudio	S .Vicente Paulo	36	20	6	5	-	5
Cariacica	Mat. de Cariacica	56	2	8	1	-	45
	Atenção Clínica	120	40	0	0	-	80
Conceição do Castelo	N S. da Penha	21	8	3	6	-	4
Domingos Martins	Maternidade Dr. Arthur Gerhard	59	20	16	10	-	13
Guarapari	M. N. S. da Conceição	49	22	8	10	-	9
	S. Judas Tadeu	37	16	6	6	-	9
Ibatiba	M. N. S. da Penha	41	16	6	13	-	6
Itaguaçu	N. S. da Boa Família	32	16	3	6	-	7
Itarana	São Brás	30	19	1	7	-	3
Laranja da Terra	US3 M. São João Batista	25	10	10	5	-	-
Santa Leopoldina	N. S. da Penha	20	8	9	-	-	3
Stª. Mª. de Jetibá	Beneficente Concórdia	46	20	6	11	-	9
S. Teresa	Madre Regina Protmann	43	12	16	3	7	5
	Dr. Dório Silva	193	27	66	21	41	38
Serra	Maternidade de Carapina	17	1	-	-	-	16
	Padre Máximo	35	10	10	7	-	8
Vila Velha	Antônio Bezerra de Faria	63	42	17	0	4	-
	Infantil e Materno Alzir Bernadino Alves	96	1	3	64	28	-
	Evangélico de Vila Velha	156	25	97	0	27	7
	Maternidade Cobilândia	54	-	14	4	8	28
	Ferrovários	74	67	5	0	-	2
	CREFES	20	-	-	-	-	20
Vitória	São Lucas	153	34	109	0	10	-
	Infantil Nossa Senhora da Glória	158	-	38	99	21	-
	Universitário Antônio de Moraes	311	102	114	24	31	40
	Polícia Militar	179	62	50	18	14	35
	Santa Casa de Misericórdia de Vitória	216	73	87	15	21	20
	Santa Rita	108	52	41	-	5	10
	Estadual Central	103	20	73	-	10	-
	Promatre	67	-	2	2	12	51
	Clínica dos Acidentados	30	1	29	-	-	-

Fonte: Sesa/CNES/2011

<sup>1</sup> Leitos de UTI adulto, UTI neonatal, UTI Pediátrica e Leitos Intermediários

<sup>2</sup> Leitos Outros: Obstétrico, Psiquiátrico, Tisiologia, H. dia, Reabilitação e Crônicos

O total de leitos clínicos SUS é 746 leitos. Para calcularmos a necessidade de leitos clínicos foi considerado 26,82% da necessidade total dos leitos SUS, conforme Portaria GM nº 1.101/2002. A necessidade de leitos clínicos na região é de 1.090 leitos SUS, um déficit de 344 leitos SUS.

O total de Leitos de UTI, somando adulto, neonatal, pediátrico e Intermediários é de 239 leitos. Conforme orientação do Ministério da Saúde, utilizamos apenas a necessidade de leitos adultos para verificação do déficit. Para calcular a necessidade de leitos de UTI adulto o parâmetro utilizado foi de 8% do total de leitos gerais, considerando 2,5 leitos/1000 hab e 70% da população dependente do SUS. O total de leitos de UTI adulto SUS é 101. A necessidade, conforme Portaria GM nº 1.101/2002 na região é de 271 leitos de UTI SUS, um déficit de 170 leitos.

O número de leitos crônicos/longa permanência na Região é de 16 leitos. Para calcularmos o déficit utilizamos 3 leitos/1000 hab. (70% SUS dependente) e 5,62% do total desses leitos SUS (Portaria GM nº 1.101/2002). Assim, a necessidade de leitos crônicos na Região é de 228, um déficit de 212 leitos.

#### **4.2.7 Atenção Domiciliar**

Em 2003 com a construção do Plano Estadual de Atenção às Urgências uma das propostas de reestruturação do Sistema de Atenção às Urgências foi a implantação do Programa de Internação Domiciliar nos Hospitais Estaduais São Lucas (Vitória) e Dório Silva (Serra). Assim em maio de 2004, foram credenciados duas equipes de internação Domiciliar distribuídas nos Hospitais São Lucas e Dório Silva, conforme Portaria GM 2416/1998. E em fevereiro de 2008 foi credenciada mais uma equipe de internação no Hospital Antônio Bezerra de Faria (Vila Velha), conforme Portaria GM 2529/2006. Atualmente funcionam duas equipes, sendo uma no Hospital Antônio Bezerra de Faria (Vila Velha) e a outra no Hospital Dr. Dório Silva na Serra.

Conforme Portaria GM/MS nº. 2527/2011 que define os critérios para adesão da Atenção Domiciliar no Programa “Melhor em Casa” do Ministério da Saúde, no Estado há 13 municípios que poderão aderir este componente, sendo que, 06 destes, estão na Região Metropolitana conforme quadro abaixo.

O Grupo Condutor da Rede de Atenção à Urgência e Emergência já iniciará as discussões sobre este componente em agosto de 2012. Municípios que se enquadram nas exigências da Portaria GM/MS nº 2.527/2011.

**Tabela 14: Municípios elegíveis a Atenção Domiciliar no Espírito Santo, 2011**

MUNICÍPIO	REGIÃO	POPULAÇÃO	EMAD	EMAP
São Mateus	Norte	109.028	1	1
Barra de São Francisco	Norte	40.649	1	1
Nova Venécia	Norte	46.031	1	1
Viana	Metropolitana	65.001	1	1
Guarapari	Metropolitana	105.286	1	1
Vitória	Metropolitana	327.801	3	1 + 1
Cariacica	Metropolitana	348.738	3	1 +1
Serra	Metropolitana	409.267	4	1+ 1
Vila Velha	Metropolitana	414.586	4	1+1
Colatina	Central	111.788	1	1
Linhares	Central	141.306	1	1
Cachoeiro De Itapemirim -	Sul	189.889	1	1

Fonte: Portaria GM/MS nº 2.527/2011.

#### 4.2.8 Qualificação Profissional dos Integrantes da Rede

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo definiu como Projeto Prioritário a Qualificação do Profissional Médico na Urgência e Emergência e na Gestão da Clínica.

Para a inicialização desse projeto, a SESA pretende realizar 03 (três) cursos, quais sejam: VENUTI – Ventilação mecânica, FCCS – Fundamentos em Terapia Intensiva e PFCCS – Fundamentos em Terapia Intensiva e Pediatria. Serão capacitados 880 (oitocentos e oitenta) profissionais médicos que atuam nos Prontos Socorros e Prontos Atendimentos do SUS do Estado do Espírito Santo, sendo previsto capacitar 720 (setecentos e vinte) médicos em 2 cursos: VENTILAÇÃO MECÂNICA – VENUTI e FUNDAMENTOS EM TERAPIA INTENSIVA - FCCS, e 160 (cento e sessenta) médicos pediatras no curso de FUNDAMENTOS EM TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA PFCCS, totalizando no geral 880 vagas. Os profissionais serão selecionados dentre os hospitalares e serviços ambulatoriais / pré – hospitalares de urgência e emergência que integram a rede de Urgência e Emergência do SUS – ES.

A definição desses cursos se justifica pelo grande impacto que causará na área da saúde, acreditando que com a capacitação dos profissionais médicos que atuam nas áreas

de urgência e emergência do Estado do Espírito Santo possibilitará:

- A Melhoria da resolubilidade do atendimento médico, diminuindo a morbidade e mortalidade ao paciente grave atendido nas emergências nas primeiras 24h, enquanto o sistema de regulação busca o recurso assistencial mais adequado a cada caso;
- A Melhoria das condições dos processos de trabalho entre as equipes multidisciplinares;
- A redução de óbitos por causas graves ou potencialmente graves na região metropolitana da grande Vitória;
- O aumento da satisfação do Profissional Médico e do usuário do sistema de saúde;
- A otimização recursos humanos, materiais e financeiros.

## **5 COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

### **5.1 PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE**

Tem por objetivo estimular e fomentar os municípios da Região Metropolitana do Espírito Santo a desenvolverem ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica; prevenir as violências e acidentes, lesões e mortes no trânsito e as doenças crônicas não transmissíveis, mediante ações intersetoriais de participação e mobilização da sociedade.

### **5.2 ATENÇÃO BÁSICA – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A estruturação da rede define como competências da atenção primária à saúde o atendimento resolutivo para os pacientes classificados como verde e azul (pouco urgente e não urgente) pelo protocolo de classificação de risco adotado pelos municípios da Região Metropolitana e do Estado. Além disso, deve se responsabilizar pelo primeiro atendimento dos pacientes, com procura espontânea, em condições de maior gravidade, classificados como vermelho, laranja e amarelo (medidas para manutenção da vida e para diminuição de sofrimento intenso ou para evitar rápida deterioração), até a sua transferência para serviços mais adequados a este nível de gravidade.

A equipe de atenção primária deve oferecer acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com pronto-atendimento de ocorrências imprevistas e referenciamento para outros dispositivos da rede de atenção, quando for o caso, durante todo o horário de funcionamento da unidade e a todos os usuários do território, ainda que possam ter períodos de concentração do esforço conjunto da equipe, garantindo a acessibilidade e resolutividade.

A equipe deve acolher a demanda de portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, fornecendo atendimento resolutivo às urgências básicas e prestando o primeiro atendimento às emergências. Depois desse primeiro atendimento, a equipe deve garantir a continuidade do acompanhamento em agenda programada, fortalecendo o vínculo equipe–comunidade.

Uma situação de urgência básica é entendida como ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo atendimento não pode ser adiado, e a intervenção exigida está no âmbito de resolutividade da atenção primária.

O primeiro atendimento de emergência é entendido como abordagem inicial de agravos que apresentam risco de vida e que, por essa razão, exigem assistência imediata para a recuperação do estado de saúde ou estabilização/suporte de vida, com vistas ao encaminhamento seguro para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde.

A Unidade Básica de Saúde deve dispor de materiais e equipamentos imprescindíveis para o primeiro atendimento de urgência e emergência aos usuários do seu território, bem como de insumos e medicamentos para a estabilização e manutenção da vida até que possa ser referenciado para outro nível de atenção caso seja necessário.

A equipe de atenção primária deve disponibilizar informações aos usuários por meio de cartilhas e boletins diversos sobre: horário de funcionamento da unidade; identificação dos trabalhadores; serviços oferecidos; fluxos do acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários.

Equipamentos mínimos de urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde: Aspirador portátil ou fixo; Cilindro de oxigênio portátil completo; Colar cervical (Kit com

três tamanhos); Esfignomanômetro; Estetoscópio; Glicosímetro; Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil); Laringoscópio com lâmina (adulto e infantil); Lanterna clínica; Máscara de Oxigênio; Otoscópio; Ressuscitador manual kit adulto, infantil e neonatal (Ambú); Suporte para soro; Umidificador para oxigênio.

### 5.3 SAMU 192

É um componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências. Seu principal objetivo é chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo a morte.

Parte integrante da Política Nacional de Atenção às Urgências, o SAMU 192 possui suas diretrizes fixadas diretamente pelo Ministério da Saúde. Com suas unidades de Suporte Avançado e de Suporte Básico de Vida responderá às necessidades da população, oferecendo melhor resposta de pedido de auxílio, por meio das Centrais de Regulação Médica de Urgência.

Funciona mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências.

É composto por:

- Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (Médicos, Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica – TARM e Rádio Operadores - RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência (por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência), ficando também responsável por ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção.
- Bases descentralizadas: poderão existir sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s).
- Unidades Móveis: que poderão ser das seguintes espécies:

- Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
- Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
- Equipe de Embarcação: composta por 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;
- Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância;
- Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

#### 5.4 SALA DE ESTABILIZAÇÃO

Estrutura física para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, que compõe a rede de urgência, principalmente em localizações rurais ou vazios assistenciais da urgência (considerando áreas remotas com o tempo de acesso até a referência mais próxima superior a 1 hora), com condições de garantir assistência 24 horas, vinculado a um estabelecimento de saúde, pactuado aos outros níveis de atenção para encaminhamento a rede pela Central de Regulação das Urgências.

#### 5.5 FORÇA NACIONAL DE SAÚDE DO SUS

O objetivo da Força Nacional de Saúde do SUS é unir esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

## 5.6 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO / UPAS 24 HORAS E O CONJUNTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Integrantes do sistema regional de atenção às urgências as UPAS são estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar que devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. Elas poderão ser implantadas em municípios com população igual ou superior a 50 mil habitantes.

## 5.7 COMPONENTE HOSPITALAR

### **5.7.1 Hospital de Pequeno Porte**

Instituída por meio da Portaria nº 1.044, de 1º de junho de 2004, a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, enfatiza a regionalização e organização dos serviços em redes e a integralidade da atenção à saúde de maneira a garantir a continuidade do cuidado iniciado pela atenção básica. Tal política busca estimular a inserção dos pequenos hospitais na rede hierarquizada de atenção agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para seu nível de complexidade.

Estabelecidos em março de 2011, os trabalhos para revisão do Plano Diretor de Regionalização e da Programação Pactuada e Integrada do Espírito Santo (PPI) foram tomados pela gestão estadual como medidas prioritárias para a organização da assistência à saúde. Tais processos indicaram a necessidade de abrir a discussão acerca da inserção dos hospitais de pequeno porte (HPP's) no sistema de saúde estadual através da instalação do Grupo Técnico (GT) PPI/HPP.

Os trabalhos do GT PPI/HPP foram tomados num primeiro momento por reuniões com áreas temáticas da política estadual, realização de um diagnóstico da situação dos estabelecimentos, acesso aos relatórios da vigilância sanitária sobre os estabelecimentos. Desde o início dos trabalhos, e ratificado pela oficina de nivelamento ocorrida em março com presença de gerências e técnicos, o GT trabalhou com a premissa de que os HPP's devem se inserir numa Política Estadual de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e pautar-se pelas seguintes diretrizes:

- Integração à atenção primária contribuindo com a ampliação e qualificação da resolutividade e integralidade na atenção;
- Integração às redes assistenciais prioritárias;
- Municipalização dos hospitais de pequeno porte nos Termos de Compromissos de Gestão
- Descentralização da gestão dos pequenos hospitais.

Neste sentido, aqui se faz o exercício de sistematizar as etapas do trabalho do GT, bem como alguns produtos de seu trabalho com vistas à construção da política estadual para os hospitais de pequeno porte.

No caso do ES, em 2006, dos 58 municípios que possuíam menos de 30 mil habitantes, conforme o recorte da PNHPP, 27 deles apresentavam hospitais de pequeno porte representando 11.63% dos leitos existentes no estado (ARAUJO, 2008). Nesse mesmo estudo, ficou evidenciado que mais de 61.5% desses serviços vinham registrando uma tendência decrescente das internações numa série histórica observada dentre os anos de 1992 e 2005.

Ainda em outro estudo sobre o mesmo tema tendo como cenário também o ES (DELMASCHIO, 2010), foi observado que dos 42 hospitais analisados, 12 utilizavam entre 70% e 80% dos recursos da área assistencial do município e 09 absorviam mais de 80%.

Entretanto, ainda há outro aspecto que reforça a necessidade de discussão do tema pois os pequenos hospitais constituem em uma instituição relevante para a população que avalia o setor saúde pelo bom ou precário atendimento deste.

Assim, procuramos destacar aqui 03 elementos que justificam nossa preocupação com os pequenos hospitais:

- São estabelecimentos de grande capilaridade no estado podendo significar um potencial para o acesso a ações de saúde;
- São unidades que se encontram em total ou parcial desacordo com as normas sanitárias, inapropriadas para o atendimento ao paciente e que, portanto, demandam por uma intervenção, pois seu funcionamento nesses moldes está em total desacordo;
- São estabelecimentos significativos para a população local em sua dinâmica comunitária e política.

Porém, tais preocupações devem se converter em estratégias para repensar o papel dos HPPs no sistema de saúde estadual, sendo claro que a existência dos hospitais de pequeno porte se condiciona a sua incorporação ao desenho de redes de atenção que defina para quais necessidades de saúde tais serviços estarão aptos a fornecer respostas.

Hospitais de Pequeno Porte que se localizam em regiões remotas, com tempo de acesso superior à uma hora, poderão ter um papel no atendimento de urgência e emergência, conforme os seguintes critérios:

- Ter médicos e enfermeiros presenciais nas 24 horas do dia, sete dias por semana;
- Trabalhar com orçamento fixo e não mais com produção (SIA / SIH);
- Período de observação do paciente de no máximo 72 horas;
- Fazer referência a um Hospital Microrregional ou Regional;
- Realizar suporte básico de vida.

### **5.7.2 Hospitais Loco Regionais**

São hospitais que devem ser referência para as urgências médico-cirúrgicas de média complexidade, podendo em alguns casos até ser referência em procedimentos clínicos mais complexos.

Características importantes:

- Trabalham com escala mínima de referência de 100.000 habitantes;
- Devem ter minimamente plantões na área de emergência de adultos e crianças e retaguarda em cirurgia geral e ortopedia (em regiões em que a referência populacional é acima de 200.000 habitantes é importante a presença contínua do componente cirúrgico);
- Se existir um Pronto Atendimento na região, este deve ser formalmente referenciado a este(s) hospital (is) como retaguarda para internação e urgências e emergências cirúrgicas de média complexidade;
- É necessário uma interface entre as equipes destas instituições e a do Pronto Atendimento, se houver, por exemplo, direção médica única nas duas instituições;
- Devem evoluir para terem Unidades de Terapia Intensiva Geral;
- A resposta cirúrgica para casos de trauma maior tem lógica própria.

### **5.7.3 Hospitais Regionais**

São hospitais de maior resolutividade e capacidade de resposta a situações complexas. A organização da rede se faz por especialização da resposta aos três principais problemas que aumentam os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP): o trauma maior, a urgência cardiovascular e o Cerebrovascular. A implantação destas linhas de cuidados prioritários, assim como a concentração de recursos tecnológicos (qualificação de pessoas, estrutura física adequada e coordenação da resposta) mostrou redução de mortalidade e é fator fundamental na mudança do prognóstico.

A partir destas situações, o trauma maior, a urgência cardiovascular e a cerebrovascular, a rede se organiza de forma mais complexa, concentrando-se em grandes hospitais no pólo regional. Alguns dos pontos da rede, entretanto, devem ser descentralizados e especializados, já que a redução do tempo da resposta inicial tem profunda relação com a sobrevivência. Assim, a tipologia hospitalar se distribui entre os níveis de atenção primário, secundário (microrregional) e terciário (regional), definindo os já citados i) Hospital de Pequeno Porte, ii) Hospital Loco Regional de referência populacional

acima de 100.000 habitantes, além do iii) Hospital de Atenção ao Trauma Maior Nível 3; iv) Hospital de Atenção ao Trauma Maior Nível 2; v) Hospital de Atenção ao Trauma Maior Nível 1, vi) Hospital de Atenção às Doenças Cardiovasculares Nível 2; vii) Hospital de Atenção às Doenças Cardiovasculares Nível 1; viii) Hospital Nível I cerebrovascular e ix) Hospital Nível II cerebrovascular.

A reorganização do componente hospitalar se faz através da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, dos leitos clínicos de retaguarda, dos leitos de longa permanência e dos leitos de cuidados intensivos adultos, pediátricos e neonatal, no escopo da Portaria MS/GM nº. 2395/2011, onde são estabelecidos incentivos financeiros para adequação de ambiência, melhoria da densidade tecnológica e custeio mensal para ações assistenciais.

## 5.8 ATENÇÃO DOMICILIAR

Conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Respaldado pela Lei 8.080/90, no seu capítulo VI, do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar e incluído na Lei nº 10.424 /2002 em seu artigo 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por

indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

## **6 DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

Diante do Diagnóstico Situacional elaborado pelo Grupo Condutor do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e considerando o perfil de morbi-mortalidade da população, onde doenças crônicas degenerativas, predominantemente isquêmicas cardíacas e acidentes vasculares cerebrais, e as lesões por causas externas são as principais causas de morte da população; foram identificados como principais medidas e desafios da Rede de Atenção às Urgências na Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo os seguintes pontos:

1. Priorizar por parte dos gestores públicos as ações intersetoriais voltadas para a redução dos acidentes de trânsito e da violência urbana, com destaque para o álcool e outras drogas;
2. Capacitar a Atenção Primária em ser o ordenador do sistema de saúde, tanto pela cobertura, quanto pela capacidade em acolher o usuário e dar resposta às situações de urgência;
3. Capacitar os profissionais de todos os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.
4. Melhorar a oferta de ações ambulatoriais de atenção especializada que, aliada à baixa cobertura e resolutividade da atenção básica, provoca a sobrecarga na assistência pré - hospitalar e hospitalar, que passa assim a ser a grande “porta de entrada” do usuário ao sistema de saúde;
5. Expandir o SAMU 192 para os 10 (dez) municípios restantes da Região Metropolitana;
6. Efetivar as pactuações das referências e contrarreferenciais estabelecidas pelas Portarias Estaduais;
7. Ampliar o Acolhimento com Classificação de Risco para todos os pontos de atenção da Rede de Urgência;
8. Ampliar a oferta de leitos de retaguarda para pacientes crônicos de longa permanência a fim de tornar disponíveis os leitos em hospitais de referência;

9. Adotar as ferramentas de Gestão Clínica e de Gestão de Leitos nas unidades hospitalares para otimização da capacidade instalada;
10. Implantar Salas de Estabilização de Urgência nos Hospitais de Pequeno Porte e em Unidades de Saúde localizadas em vazios assistenciais com tempo de acesso superior a 60 minutos;
11. Aumentar a oferta de leitos de Terapia Intensiva;
12. Dimensionar, normalizar e adequar a oferta de serviços de transporte sanitário de urgência desvinculado ao SAMU e eletivos;
13. Ampliar a oferta de leitos de isolamento;
14. Monitorar a implantação da Atenção Domiciliar nos municípios em condições de se habilitarem ao Programa “Melhor em Casa”.

## **7 AÇÕES PLANEJADAS E EM DESENVOLVIMENTO**

1. Ampliação do SAMU 192 para 100% da Região Metropolitana até final de 2013;
2. Capacitação de 880 profissionais que atuam na rede até 2014;
3. Conclusão até 2013 da obra de ampliação e readequação dos setores de urgência do Hospital Estadual São Lucas remodelado para Hospital do Trauma Nível.
  - Ampliação de 22 leitos de retaguarda e 50 leitos de UTI adulto
4. Conclusão da obra do Hospital Dr. Jaime dos Santos Neves, referência no atendimento de AVC e trauma, localizado no município de Serra, com ampliação na rede de 30 leitos clínicos, 90 leitos cirúrgicos e 94 leitos intensivos, sendo 40 UTI adulto, 40 UTIn, 14 Queimados, 24 leitos de semi Intensivo e 60 leitos de maternidade previsto para 2013;
5. Início da obra para construção e ampliação do Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória prevista para 2013;
  - Remodelado como referência em urgência pediátrica;
  - Serão 182 leitos pediátricos, sendo 20 Leitos de UTIP (5 isolamento), 10 leitos de UTIn (1 isolamento), 10 leitos de CTQ, 30 leitos semi-intensivos, 42 cirúrgicos (12 isolamento) e 70 leitos clínicos e especialidades – oncologia, infectologia,

hematologia (24 isolamento).

6. Construção de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde financiadas com recursos próprios do Estado;
  - Brejetuba – 01 USF;
  - Cariacica – 04 USF, 01 CAPS e 01 Pronto-atendimento;
  - Domingos Martins – 02 USF;
  - Fundão – 01 Unidade Mista;
  - Guarapari – 02 USFs;
  - Itarana – 01 USF;
  - Marechal Floriano - 01 Policlínica;
  - Santa Leopoldina – 01 USF;
  - Santa Maria de Jetibá – 01 USF e um CAPS;
  - Santa Teresa – 01 USF;
  - Serra – 01 CAPS;
  - Venda Nova do Imigrante – 01 USF;
  - Viana – 01 USF, 01 CAPS e 01 Pronto-atendimento;
  - Vila Velha – 05 USF e 01 CAPS.
7. Ampliação de Leitos Intensivos nos Hospitais Estaduais: 03 leitos adulto no Hospital Antônio Bezerra de Faria e 25 leitos neonatal;
8. Implantação da Política dos Hospitais de Pequeno Porte em 2013;
9. Implantação da Política de Transporte Sanitário para a região em 2014;
10. Implantação da Política Materno Infantil, Rede Cegonha/Bem Nascer 2012/2013;
11. Implantação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, com readequação e construção de novos CAPs, abertura de leitos conforme novas portarias, implantação da política intersetorial de drogas em 2012.
12. Readequação do Hospital Estadual de Atenção Clínica como Hospital Geral de referência para as urgências e emergências clínicas, psiquiátricas e cirúrgicas.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a construção do presente Plano de Ação elaboramos um diagnóstico situacional da Rede de Atenção às Urgências e estabelecemos nele desafios quantitativos e qualitativos a serem cumpridos pelos diversos pontos de atenção sejam eles de Gestão Municipal, Estadual ou Federal, definidos para cada Componente da Rede de Atenção às Urgências na Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo.

No planejamento estaremos estabelecendo um Plano Operativo Anual, cujas metas pactuadas deverão ser monitoradas pelo Grupo Condutor do Plano de Ação Regional em parceria com a CIR – Metropolitana e assim apresentar Relatório ao Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência, visando o acompanhamento para possíveis ajustes e validação dos resultados.