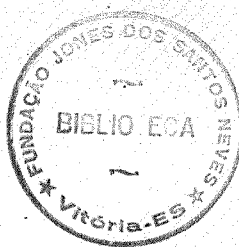


IJ00428
647/1977
V.5 EX:1



PLANO DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA AREA DE INFLUENCIA
DA COMPANHIA VALE DO RIO DOCE



FUNDAÇÃO JONES DOS SANTOS NEVES
FEVEREIRO / 77

6.5

IJ00428
647/1977
V.5 EX:1



PROGRAMA DE INVESTIMENTO
EM SAÚDE

030.9815-2
642172
V.5
ES 00488
V.5

FJSN

S U M Á R I O

I) DIAGNÓSTICO

II) "TERAPÉUTICA"

III) RECURSOS FÍSICOS

IV) RECURSOS ECONÓMICOS

I) DIAGNÓSTICO

Tomando-se alguns dados gerais do Estado para um estudo comparativo com os similares do Brasil, obtem-se proporcionalmente os números seguintes:

Nº DE ORDEM	DADOS	%
1	Área Territorial	0,53
	População presente.....	1,72
	População de 0 - 14 anos	1,83
2	População alfabetizada.....	1,69
	População Economicamente ativa.....	1,54
	a) na agricultura.....	1,83
	b) na indústria.....	1,17
	Agricultura	
	área utilizada.....	1,54
3	Nº de pessoal ocupado.....	1,69
	Nº de tratores existentes...	0,63
	Indústria	
	Estabelecimento industr.....	2,87
	Potência Instalada.....	0,96
4	Despesa Salarial.....	0,96
	Pessoal Ocupado.....	2,58
5	Renda Interna.....	1,04

Uma análise, ainda que superficial desses dados, mostra o seguinte:

I - pequena ocupação agrícola, com reduzida mecanização;

II - elevado número de estabelecimentos industriais dedicando-se ainda a trabalho manual o que acarreta maior número de empregados de baixo salário reduzida com capacidade de produção e pouca potência energética;

III - a maioria da população possui trabalho apenas de agricultura percebendo por isso reduzidos salários, o que acarreta uma baixa renda interna;

IV - baixo índice de alfabetização da população e predominância de população jovem, o que conduz a um diagnóstico de um território em fase incipiente de desenvolvimento.

O formulado acima é acompanhado pelo quadro sanitário do Estado, onde as doenças infecto-contagiosas, parasitárias e deficiências nutricionais, concorrem com a maior parcela no agravamento da morbi-mortalidade.

Possivelmente este quadro seria bem mais acentuado se não fossem adotadas as medidas mínimas de saúde pública pelo Governo Estadual. A cobertura territorial do Estado, com uma rede de Unidades Sanitárias e a extensão de suas atividades de campo através de Unidades Móveis vem apresentando resultados satisfatórios sobretudo no estacionamento da morbi-mortalidade causada pelas doenças evitáveis pela imunização ou ação diversificada, o que vem determinando uma diminuição lenta, mais progressiva, da mortalidade geral da população.

O aceleramento do êxodo rural com migração permanente para as áreas urbanas, a percepção de baixos salários, produzem deficiências alimentares e aceleram os problemas de habitação dos centros urbanos. Como resultados naturais, ocorrem a elevação das carências nutricionais e das doenças transmissíveis que tem no saneamento o seu controle.

Por outro lado, o êxodo produz uma população

rural rarefeita, onde esses problemas tornam-se maiores, pois a cobertura fornecida pelos serviços móveis é transitória, apesar de periódica. Assim a carência alimentar ou falta de saneamento básico concorrem para agravar o quadro nosológico.

A inegável melhoria de assistência põem em foco patologias que necessitam de tratamento curativo hospitalar, mais notável quando considerado que o desenvolvimento mínimo ocorrido traz consigo o aumento sistemático das lesões traumáticas, mais graves ainda porque a população não estava preparada para coexistir com as máquinas, tornando maior o tributo pago pelo homem ao desenvolvimento.

Do contexto é lícito concluir-se, num resumo, que o diagnóstico de saúde do território reside num único binômio:

CARÊNCIA
ALIMENTAR
CULTURAL

havendo uma acelerada tendência de que um maior número da população passe a constituir a denominada "infra-humanidade" pelos peritos da Organização Mundial de Saúde. Uma das características desta população é que tendo conhecimento, através dos cada vez mais eficazes meios de comunicação, não pode ser nivelada pelo mínimo socializante. "O mínimo" passa a ter outros requisitos, que já caracterizam uma assistência quase individual.

II) TERAPÊUTICA

Formulado o diagnóstico, impõe-se a indicação "terapêutica".

Em razão do diagnóstico formulado o tratamento a ser instaurado é único e, diante da maior gravidade do caso, deve ser radical, intensivo e indissolúvel, podendo ser reduzido à seguinte fórmula:

Territórios em vias de desenvolvimento
menos acelerado

Tratamento = educação + prevenção + terapêutica.

Considerando a existência de uma cobertura e assistência de Nível Intermediário razoável, torna-se necessária a implantação de uma estrutura de Nível Elementar que permanentemente proceda o tratamento no homem da área rural, fornecendo-lhe meios suficientes para aplicar a educação recebida e utilizá-los numa melhor alimentação e num constante uso dos recursos de saneamento rudimentar. Ao mesmo tempo e em aplicação de massa devem ser fornecidos a prevenção e o tratamento das patologias básicas, através mesmo de uma única via que realize um nivelamento mínimo.

Entretanto a infra-humanidade satélite às concentrações urbanas e aqueleas que por razões profissionais já ascenderam na escala sócio-cultural, terão necessidade, face aos problemas emergentes de traumatismos, acidentes de trabalho e de tráfego e dos processos degenerativos e congênitos, de uma assistência individual, pois são elevados os mínimos de suas necessidades.

A ação sanitária far-se-á, no meio rural, através da educação sanitária, visando o combate aos tabus, a formação de hábitos sadios e sobretudo no ensino de preceitos básicos de higiene e alimentação, no que concerne à preven

ção ela esterá voltada para a primária e secundária. O saneamento será gradativamente implantado e na dependência de maior ou menor concentração, através de instalação de fossa séptica ou asséptica, da proteção dos poços ou pequenos serviços de água encanada, modo adequado de tratamento do lixo domiciliar ou instalação de um sistema de coleta periódica dos resíduos.

A assistência individual exigida pelo meio urbano, far-se-á pela educação de saúde básica objetivando o planejamento familiar, a melhoria de nutrição, notadamente aquela ligada ao Programa Materno-Infantil, especificamente manter-se-á juntos aos escolares e população jovem o incentivo ao trabalho, ao lazer mediante campanhas o combate ao tóxico. A prevenção e tratamento dar-se-á, sem esquecer a primária, a prevenção secundária e terciária, o saneamento estará prioritariamente voltado para o fornecimento domiciliar de água potável, do tratamento dos esgotos urbanos, bem como da coleta permanente dos lixos e resíduos industriais.

Impõe-se, por conseguinte, a aplicação de um modelo que possibilite:

- a - assistência integrada;
- b - assistência de massa de quantitativo mínimo à população rural;
- c - assistência especializada nas concentrações urbanas;
- d - assistência hospitalar com descentralização dos recursos mínimos e concentração dos recursos qualificados, constituindo-se uma rede situada em pontos básicos de processos seletivos, impossibilitando a capacidade ociosa e permitindo oferta melhor que a atual, incluindo a privada.

Baseando-se no esquema de regionalização de Brigdman vai-se obter o Modelo Teórico da Fig. 3 donde formula-se os seguintes conceitos:

I - Unidade Sanitária Rural - USR - é a Unidade primária do modelo, com capacidade física e operacional mínima; com aproximadamente 26m² de área construída e 12m² de área coberta, incluindo 1 (uma) sala de atendimento, 1 (uma) sala de reuniões e consultório eventual, 1 (um) sanitário e 1 (um) almoxarifado, com sala de espera na varanda coberta. Seus recursos capacitam-na a prestação de cuidados primários de assistência e primeiros socorros; imunização das doenças evitáveis; suspeição, triagem e acompanhamento ulterior dos casos agudos e/ou crônicos, conforme determinações das Unidades de Apoio; ações de Agente Epidemiológico, de saneamento rudimentar e educação em saúde.

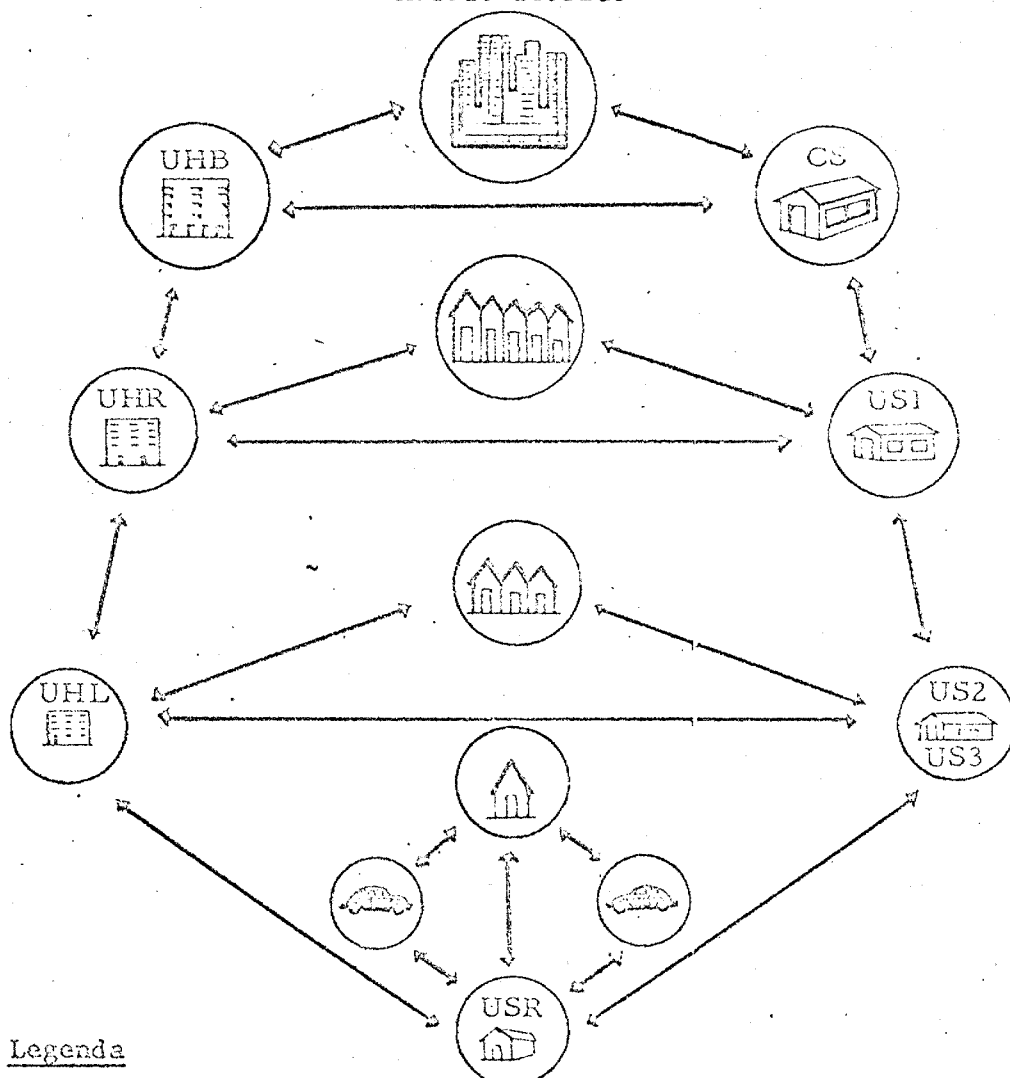
Para tal trabalho a Unidade Sanitária Rural será equipada com instrumental de enfermagem suficiente para curativos e injeções, apósitos, vacinas e medicamentos essenciais; constando de sua lotação 1 (um) atendente rural e 1 (um) servente.

Por atendimento rural compreende-se as seguintes atividades: aglutinar a comunidade, educando-a e motivando-a a solicitar os cuidados primários de saúde como vacinação, primeiro socorro e notificação precoce de doença, bem como utilizar os ensinamentos recebidos no efetivo emprego de fossas, filtros, poços, hortas e criação de pequenos animais - meta: elevação do bem estar comunitário por melhoria da higiene e da alimentação. O Atendente Rural estará capacitado a prestar os cuidados de vacinação, curativos, primeiros socorro, partos normais e fornecimento de medicação para doença menos grave e de fácil tratamento, além de uma vez formulado o diagnóstico por médico das Unidades de Apoio - ministrar a terapêutica determinada. Terá ainda capacidade de - com formação rígida quanto a sua limitação - reconhecer os casos não simples, que necessitarão ser encaminhados às Unidades Sanitárias para consulta e/ou exames médicos.

Assim a comunidade receberá da Unidade Sanitária Rural: educação e assistência primária; triagem e encaminhamento quando necessário para a Unidade Sanitária e Unida

FIGURA 3

ASSISTÊNCIA INTEGRADA DE SAÚDE
- Modelo Teórico -



Legenda

UHB - Unidade Hospitalar de Base

UHR - Unidade Hospitalar Regional

UHL - Unidade Hospitalar Local

CS - Centro de Saúde

US1-US2-US3 - Unidades Sanitárias de 1a., 2a. e de 3a. Classes

USR - Unidade Sanitária Rural

de Hospitalar; observação e continuidade de tratamento, quando determinado pelas Unidades regionais, promoção do saneamento rudimentar, procurando-se dotá-la de uma estrutura mínima de saúde pública de caráter permanente, hierarquizada e de proporções integradas, capacitada a resolução dos problemas de maior repercussão social.

As Unidades Sanitárias Rurais serão localizadas nos aglomerados urbanos das áreas rurais desprovidas de recursos assistenciais e sem fácil condição de acesso aos centros regionais de assistência, devendo possuir acima de 1.000 habitantes incluindo os da área rural e urbana, com recursos orçamentários da Secretaria de Estado da Saúde. Para manutenção haverá abastecimento estatal, sendo pagos pelo Município, colaborando a comunidade na manutenção física do prédio.

Considera-se ainda a Unidade Sanitária Rural como célula fundamental da CESC (Comissão Estatual de Saúde Comunitária) que através da sub-comissão municipal incentivará, controlará e avaliará o trabalho integrado de educação, saneamento e saúde a ser executado pelo Atendente Rural, apoiado pelo Líder Comunitário de EMATER - ES (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado do Espírito Santo). Nota-se que este pessoal é o equivalente ao Orientador de Saúde e ao Saneamento Preconizados pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, ao nível de Estrutura Elementar.

II - Unidade Sanitária, tipo 3, 2, 1 - Unidade progressivamente diferenciadas, aproximando-se dos Centros de Saúde, com área construídas de 105,56, 247,52 e 380,84m², respectivamente possuem de 9,18 e 29 compartimentos, existindo na menor: sala de curativos, laboratório de saúde pública, gabinete odontológico e consultório médico e nas maiores, além dos citados: abréugrafia, sala de aula, lactário, salas de enfermagem e saneamento.

Conforme a capacitação atenderá a demanda local e servirá de apoio as Unidades Sanitárias Rurais satéli

tes, inclusive no abastecimento e supervisão itinerante. Há verdadeira progressiva especialização, a saber: área urbana acima de 1.000 habitantes - Unidade Sanitária 3 - com trabalho não especializado, concentrações urbanas superiores a 5.000 habitantes - Unidade Sanitária 2 - com especializações justificadas pela demanda; concentrações gerais de 20.000 habitantes - Unidade Sanitária 1 - com trabalhos especializados e/ou dirigidos a grupos etários sociais.

As Unidades Sanitárias serão construídas em atendimento à demanda populacional que ultrapasse a estimativa para 1980, sendo o investimento e a manutenção (pessoal e material) efetuado por recursos orçamentários da Secretaria de Estado da Saúde, e a lotação de 9 a 38 funcionários, conforme a discriminação do quadro XXIII.

III - Centro de Saúde - CS - Unidade diferenciada e polo terminal da assistência médico-sanitária, com 963,53m² e 39 compartimentos destinados a serviços preventivos de massa - vacinação e rastreamento; tratamento completo por especialidades das afecções benignas e cuidados de prevenção, tratamento de profilaxia das afecções orais; tratamento inicial ou primeiro socorro das afecções graves e sua triagem, visitas domiciliares e/ou comunitárias; serviços preventivos externos; incluindo higiene e segurança do trabalho e higiene escolar; fiscalização e controle do saneamento, inclusive da população e do exercício profissional.

Sua área de influência se estende 40.000 habitantes gerais ou aproximadamente 10.000 na área urbana, sendo polo de concentração para as Unidades Sanitárias Rurais e Unidades Sanitárias Satélites, incluindo diagnóstico mais complexos, determinando terapêutica e remetendo para origem os pacientes triados.

Todas as Unidades Sanitárias e os Centros de Saúde estarão interligados as Unidades Hospitalares, não havendo passagem progressiva dos pacientes - desde justificada, haverá inter-comunicação direta entre todos os constituintes do sistema.

Os Centros de Saúde construídos conforme o planejamento presente, capacitando-se regiões para atender a demanda até 1990, com recursos totais de investimento e manutenção orçamentadas pela Secretaria de Estado da Saúde. Nelas funcionarão as sub-comissões da DESC, responsáveis pela liderança e direção dos trabalhos, além da supervisão regional. Face a existência de serviços especializados, serão lotados 69 profissionais, incluindo-se, além de Médicos Generalistas, Odontólogos e Enfermeiras, outros tais como Médicos Psiquiatras, Pediatras e Psicólogos, Assistentes Sociais e Nutricionistas.

IV - Unidades Hospitalar Local - UHL - a menor Unidade com capacidade de lotação em emergência até 100 leitos-hospital de médio porte e utilizado para atendimento a núcleos populacionais até 100.000 habitantes. Está capacitado para prestação de assistência médico cirúrgica geral e de urgência, obstétrica pediátrica e às doenças transmissíveis.

Será situado ao nível das Unidades Sanitárias, recebendo pacientes destas e a elas os encaminhando após solução ou procedendo triagem para as Unidades Hospitalares e si superiores, quando em casos mais complexos.

A locação dos mesmos atenderá a demanda prevista no Plano Integrado de Saúde para atendimento de núcleos populacionais no interior, atualmente desassistido ou funcionando como unidades de dispersão na Região da Grande Vitória, a fim de diminuir a demanda ao Hospital de Base. As Unidades já existentes e pertencentes à Fundação Hospitalar do Espírito Santo serão reclassificadas nesta categoria e se integrarão ao Plano Integrado de Saúde, ficando em aberto a integração de outras mesmo privadas ou federais que se adaptem a normas e padronização a definir. A construção será realizada pela Secretaria de Estado da Saúde e Fundação Hospitalar do Espírito Santo e manutenção procedida pela Fundação Hospitalar do Espírito Santo, dado que integrarão a rede desta.

V - Unidade Hospitalar Regional - UHR - constitui-se num polo de assistência, centralizando Unidades Sa

nitárias, Centros de Saúde e Unidades Sanitárias Locais, com capacidade de lotação até 300 leitos - um Hospital de grande parte a ser localizado em centro cultural com alguma industrialização (ou em vias de) e centro dos meios de transporte regionais. Será destinado ao apoio de toda a região nas especialidades correntes, servindo também para treinamento local e formação de pessoal para-médico destinado as Unidades periféricas. Assim estará ao nível dos Centros de Saúde recebendo pacientes para tratamento especializado, tanto das Unidades Sanitárias Locais e a estas os encaminhando para controle ou eventualmente, procedendo triagem para a Unidade Hospitalar de Base. Tem função, ainda, de Unidade Hospitalar Local em sua zona direta de influência.

A locação, construção e manutenção das Unidades Hospitalares Regionais obedecerá as mesmas normas das Unidades Hospitalares Locais.

VI - Unidade Hospitalar de Base (UHB) é a maior Unidade, apical do sistema, a ser locada na Grande Vitória com capacidade máxima de até 600 leitos e destinada a centro de coordenação da assistência hospitalar estadual, com capacidade de execução de especialidade complexas (como neurocirurgia, cirurgia torácica e cardiovascular) responsabilizando-se pela Função Fivisionar do conceito de Bridgman, além da Função Regional para a Grande Vitória e da Função Local para área de Carapina e região industrial da Grande Vitória. Assume também responsabilidade de formação, treinamento e aperfeiçoamento do pessoal da rede incluindo-se médicos e para-médicos. Receberá de todo o território estadual os pacientes carentes de tratamento especializado e complexo, dando apoio a todas as Unidades do sistema.

A construção será procedida com recursos orçamentários pela Secretaria de Estado da Saúde e Fundação Hospitalar do Espírito Santo (completados pela captação de outros organismos nacionais e internacionais) e a manutenção correrá por conta da Fundação Hospitalar do Espírito Santo. Deve ser notada que esta, possuindo autonomia administrativa,

estará capacitada a vender serviços em todos os seus próprios - sendo previsto que as Unidades Hospitalares construídas terão auto-suficiência econômica.

VII - Unidades Hospitalar Especializada (UHE) é o estabelecimento complementar do sistema onde são incluídos Hospitais já existentes e que em decorrência da concentração populacional e elevada demanda, serão mantidos para apoio da Unidade Hospitalar de Base e das demais Unidades, - prestando assistência nas especialidades de Pediatria.

II.1 - Assistência

Possuindo o território mais de 40% de sua população residindo no meio rural e confirmado que é ela a parcela mais desassistida, impõe-se uma ação de massa, com utilização de serviços externos e internos que possibilitam a baixo custo e a curto prazo uma elevação dos padrões sanitários. Possui o Estado 105 Distritos com população acima de 1.000 habitantes, num total de 387.150, que na área rural (dados de 1970) e no momento, carecem de recursos assistenciais. Assim, pretende-se implantar, em nível Elementar uma Unidade Sanitária Rural em cada sede distrital.

Em resumo, por micro regiões, seria as Unidades Sanitárias Rurais, assim distribuídas:

MICRO REGIÕES	UNIDADES A CONSTRUIR	POPULAÇÃO RURAL ATINGIDA
203 - Alto São Mateus	3	23.894
204 - Colatina	29	120.050
205 - Baixada Esp.Santense	13	60.765
206 - Colonial Serrana	25	76.169
207 - Vitória	2	2.881
208 - Vertende Oriental Cap.	8	32.538
209 - Cachoeiro do Itapemirim	17	52.756
210 - Litoral Sul Esp.Santense	8	18.097
TOTAL NO ESTADO	105	387.150

Será possível atender a todo o grupo, o que representa 43,8% da população rural do território com investimento de obras civis que representa Cr\$ 14,42 por indivíduo.

Por outro lado é imposta ao Plano Integrado de Saúde uma assistência individual e especializada na grande concentração urbana do Centro Industrial. Esta assistência torna-se necessária, pois o tão retardado surto de desenvolvimento parece finalmente em início completando-se no decorrer da década de 80.

Para prestação desta assistência individual, que concomitantemente servirá de apoio a rede elementar, estão previstas as seguintes locações:

a) Centros de Saúde e Unidades Sanitárias: a médio prazo serão construídos apenas na área da Grande Vitória. Como exceções são considerados Aracruz (a previsão de população urbana oscila à 7 mil habitantes porém uma outra concentração está se formando no Distrito de Barra do Riacho e a 20 km da sede, onde foi locada a Aracruz Celulose, que inclui em seu complexo uma fábrica de celulose e um porto internacional de exportação) e Guarapari (pela população flutuante - turismo, e locação próxima do porto de Ubú). Na região da Grande Vitória, o número total de Unidades Sanitárias fica aquém do ideal considerado - uma para 40 mil habitantes. No interior e principalmente em consequência do alto número de Unidades Sanitárias, é atingida a excelente cobertura de uma para 6,2 habitantes. Não sendo recomendável a locação de 1 (um) Centro de Saúde por micro-região, a responsabilidade de supervisão passa então para os Escritórios Executivos de Saúde, os quais possuirão equipe completa para um mister mais amplo - além da supervisão, outras responsabilidades executivas serão delegadas.

LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

MICRO-REGIÕES/MUNICÍPIOS	UNIDADES A CONSTRUIR	POPULAÇÃO URBANA	
		1970	1980
203 - Alto S.Mateus			
Montanha.....	1	9.558	12.266
204 - Colatina			
Baixo Guandú - US 1...	1	11.738	13.094
Colatina - US 1.....	1	47.224	52.683
205 - Baixada Esp.Santense			
Aracruz - CS	1	5.724	7.115
Pinheiro - US 1	1	8.366	19.624
São Mateus - CS	1	10.821	13.851
207 - Vitória			
Cariacica - CS	1	69.297	138.887
Vila Velha - CS	3	122.814	227.681
Vitória - CS	2	135.406	254.171
208 - Vertente Orient.Capar.			
Castelo - US 1	1	7.823	8.727
209 - Cachoeiro Itapemirim			
Alegre - US 1	1	8.414	13.855
Cachoeiro - US 1	1	60.129	67.080
Guaçuí - US 1	1	9.143	10.199
210 - Litoral Sul Esp.Sant.			
Guarapari - CS	1	11.332	18.813

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE
PREVISTA ATÉ 1980

MICRO-REGIÕES	ATUAL	ATÉ 1980	1/MIL HAB.
203 - Alto São Mateus	0	0	-
204 - Colatina.....	2	2	180
205 - Baixada Esp.Santense..	1	3	107
206 - Colonial Serrana.....	0	0	-
207 - Vitória.....	4	10	78
208 - Vertente Orient.Capar.	0	0	-
209 - Cachoeiro Itapemirim..	1	1	268
210 - Litoral Sul Esp.Santen	0	1	120
Total.....	8	17	
à construir.....		9	

DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES SANITÁRIAS E RURAIS
PREVISTA ATÉ 1980

MICRO-REGIÕES	UNID. SANITÁRIA		1/MIL HAB	UNIDADE RURAL	
	ATUAL	ATÉ 1980		ATÉ 1980	1/MIL HAB
203 - Alto São Mateus.....	4	5	18	3	30
204 - Colatina.....	12	14	25	29	12
205 - Baixada Espírito Santense..	10	11	29	13	25
206 - Colonial Serrana.....	13	13	14	25	7
207 - Vitória.....	7	7	111	2	390
208 - Vertente Oriental do Capar.	5	6	17	8	13
209 - Cachoeiro do Itapemirim....	16	19	14	17	16
210 - Litoral Sul Esp. Santense...	10	10	12	8	15
TOTAL.....	77	85		105	
À construir.....		8		105	

DISTRIBUIÇÃO GERAL DAS UNIDADES DE SAÚDE ATÉ 1980

MICRO-REGIÕES	UNIDADE DE SAÚDE		1/MIL HAB.
	ATUAL	ATÉ 1980	
203 - Alto São Mateus.....	4	8	11
204 - Colatina.....	14	45	8
205 - Baixada Espírito Santense.....	11	27	12
206 - Colonial Serrana.....	13	38	5
207 - Vitória.....	11	19	41
208 - Vertente Oriental Caparaõ.....	5	14	7
209 - Cachoeiro do Itapemirim.....	17	37	7
210 - Litoral Sul Espírito Santense.....	10	19	6
TOTAL.....	85	207	
À construir		122	

b) Unidade Hospitalar Local: no estágio atual a rede da Fundação Hospitalar do Espírito Santo conta com duas Unidades (em Baixo Guandú e Barra de São Francisco) que correspondem aos termos definidos no Modelo Teórico e mais duas passíveis de integração após adaptação (São José do Calçado e Vila Velha). Assim as construções deste tipo são locadas nos prováveis polos de desenvolvimento do interior Nova Venécia, São Mateus (Nordeste marginal à BR-101 Norte), Guarapari (turismo e terminal marítimo Ubú) e Santa Tereza (polo agrícola) e na área urbana é proposta a construção de uma unidade no polo residencial dormitório da Grande Vitória: Campo Grande no município de Cariacica, marginal à BR-101 - Sul.

A função destas Unidades é limitada conforme a definição dependendo do apoio das Unidades Sanitárias Rurais e é preconizada a locação de forma a oferecer-se 1 leito para 1 mil habitantes nas áreas próximas a 100 mil residentes, gerais, havendo assim a seguinte projeção:

LOCALIZAÇÃO DE UNIDADE HOSPITALAR LOCAL

LOCALIDADE	POPULAÇÃO - 1.000 HABITANTES			
	TOTAL		URBANA	
	1970	1980	1970	1980
Campo Grande.....	68,7	137,7	64,7	129,7
Guarapari +	43,5	62,4	15,1	23,2
Nova Venécia +	91,9	106,2	23,0	27,4
Santa Teresa +	56,8	63,3	7,7	8,5
São Mateus +	94,6	147,2	30,3	50,8

+ = inclui população da área de influência.



c) Unidade Hospitalar Regional: excetuada a Grande Vitória, no momento dois polos populacionais se destacam como centros culturais e apresentando alguma industrialização: Cachoeiro e Colatina, sendo admissível o surgimento de um outro em Linhares, que polarizará a costa norte de São Mateus à Aracruz. São então locados 3 Unidades Hospitalares Regionais, (com transformação e adaptação da Unidade já existente em Colatina) que além da função local assumirão o controle regional da rede, apoiando as Unidades Hospitalares Locais e as Unidades Ambulatoriais, supervisionando-as, além de ser centro de treinamento e formação de pessoal para-médico da região.

Mantido o esquema de "USPHS" com índice leito populacional próximo a 1 ou seja, para proporcionar oferta de 1 leito para 1 mil habitante é determinado:

LOCALIZAÇÃO DE UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL

MICRO	LOCAL SEDE	POPULAÇÃO - 1.000 HAB.			
		POPULAÇÃO GERAL		POPULAÇÃO URB.	
		1970	1980 estimativa	1970	1980 estimativa
208 - Cachoeiro Itap.		336,7	389,1	60,1	67,0
204 - Colatina.....		405,8	452,8	47,2	52,6
205 - Linhares.....		223,0	323,8	25,4	40,5

d) Unidade Hospitalar de Base: as razões apontadas recomendam a manutenção dos Hospitais Especializados já existentes (Psiquiatria, Pediatria, Hanseníase e Doenças Transmissíveis) e de Unidades de dispersão em Vila Velha e Campo Grande, além de recomendar a construção de um Hospital de grande porte na região noroeste do continente - Goiabeiras ou Camburí. Projetando-se os cálculos com os padrões da Suécia, Grã-Bretanha e de Brigdman, para o número total de leitos com alta rotação obtem-se média 702, com erro tipo 208,

sugerindo o cálculo, com desvio padrão e construção de uma Unidade de 494 a 910 leitos.

Possuindo atualmente o Estado, 5 Unidades Hospitalares Locais, sediadas respectivamente 3 na Micro-Região 244, 1 na Micro-Região 207 e 1 na Micro-Região 209 passará em 1980 a apresentar o seguinte quadro:

MICRO REGIÃO	EXISTENTE			PREVISTO			TOTAL		
	UHL	UHR	UHB	UHL	UHR	UHB	UHL	UHR	UHB
203	-	-	-	-	-	-	-	-	-
204	3	-	-	1	-	-	3	1	-
205	-	-	-	1	1	-	1	1	-
206	-	-	-	1	-	-	1	-	-
207	1	-	-	1	-	1	2	-	1
208	-	-	-	-	-	-	-	-	-
209	1	-	-	-	1	-	1	1	-
210	-	-	-	1	-	-	1	-	-
TOTAL	5	-	-	5	2	1	9	3	1

o que representará a seguinte oferta, não consideradas as necessárias ampliações em Colatina e Vila Velha e a capacidade máxima de emergência em cada Unidade:

MICRO-REGIÃO	LEITOS	1 LEITO/HABITANTE
203	0	zero
204	360	1.005
205	360	899
206	110	1.712
207	590	1.328
208	0	zero
209	315	852
210	110	1.097
ESTADO	1.845	1.214

Inclusive os leitos abaixo relacionados e cons
tantes do quadro II.

HM Silvio Avidos	88 leitos
HJ Santos Neves	102 leitos
H Barra S.Francisco	60 leitos
H.S.São José Calçado	65 leitos
HM Vila Velha	60 leitos

É mantido por proximidade o índice 1, pois o valor geral encontrado é igual a 1,21 (o que pode ser consi
derado satisfatório quando no âmbito geral para o territô
rio deverão ser acrescentados os demais leitos da Fundação Hospitalar do Espírito Santo e a oferta privada no momento aleatória). Assim a oferta da micro região 205 1,1 leitos/1.000 habitantes e da 209 - 1,1 não é considerada excessiva, pois tratam-se de polos de concentração, respectivamente das micro-regiões 203 e 208, as quais não possuem um só leito estatal, subindo o índice regional para 1,2 na região 203/4 e 1,1 em 208/9 conforme a pré
tenção inicial.

II.2 - Saneamento

Pretende o Plano Integrado de Saúde que a Secre
taria de Estado da Saúde atue em áreas fora de ação prevista pela companhia de Saneamento Estadual - CESAN, comple
mendo-a, É sabido, de acordo com recomendações do PRONAN, que a CESAN limita a execução de seus projetos à aqueles que apre
sentem viabilidade financeira de retorno do investimento. Há assim uma considerável parcela da população que permanecerá desassistida, até que seja atendida a faixa considerada prio
ritária.

Assim sendo a Secretaria de Estado de Saúde tenciona
intervir, com colaboração e mesmo, delegação execu
tiva de competência a CESAN - naquelas áreas, buscando um atendimento de massa - baixo custo e grande número no refe
rente a água cobertura de toda a área urbana dos distritos

rurais e quanto a esgoto a oferta se estenderá aos habitantes dos pequenos núcleos urbanos e aos dispersos da área rural. São previstos os seguintes sub-sistemas:

II.2.1. - Água

a. sub-sistema de abastecimento domiciliar constituído por captação fluvial, estação de tratamento local sobre controle regional ou captação por poço artesiano, armazenamento com recalque a rede de distribuição alcançando todos os prédios da área urbana. São previstas 16 instalações a serem locadas nos distritos de maior concentração populacional e com maiores probabilidades de expansão.

b. sub-sistema de abastecimento por fontanários, constituídos por captação fluvial e tratamento elementar reduzido após o armazenamento, sob controle regional ou captação através de poço artesiano, armazenando com recalque e 500m de rede de distribuição alcançando 3 fontanários urbanos. São previstas instalações em todos os distritos ou em concentração populacionais urbanos e/ou rurais não servidas por abastecimento domiciliar.

II.2.2 - Esgoto

c. sub-sistema domiciliar constituído por rede coletora com eventual recalque, estação de tratamento por lagoas de estabilização ou sistemas pré-fabricados e lançamento fluvial. São previstas 7 instalações a serem locadas nos municípios de maior concentração urbana, com possibilidade de expansão e ainda não dotadas de similares.

d. sub-sistema de tratamento constituído por lagoas de estabilização ou caixa pré-fabricadas de tanques de lado conectadas a sistema coletor já existente, para lançamento fluvial. São previstas 3 instalações locadas em municípios de maior concentração urbana e já dotadas de sistema coletor.

II.2.3 - Fossas

e. sub-sistema composto de 3 fábricas regionais a serem construídos com capacidade de produção de tampas de fossas secas e distribuição às populações dispersas de área rural. Em fase inicial há possibilidade de produção até de 3.600 tampas por fábrica regional e por ano, dependendo a fabricação do ritmo de distribuição, o qual por sua vez será limitado pela efetiva respectividade da população.

II.3 - Administração

A atual rede da Secretaria de Estado da Saúde incluindo a Fundação Hospitalar o Espírito Santo engloba 97 unidades de saúde em 8 micro-regiões. Procedendo-se a todas as construções propostas a rede passa a ser constituída

MICRO REGIÕES	NÚMERO DE UNIDADES					
	EXISTENTE		PROJETADA		TOTAL	
	US	UH	US	UH	US	UH
203	4	0	4	0	8	0
204	14	4	31	1	45	5
205	11	1	16	2	27	3
206	13	0	25	1	38	1
207	11	5	8	2	19	7
208	5	0	9	0	14	0
209	17	2	20	1	37	3
210	10	0	9	1	19	1
ESTADO	85	12	122	8	207	20

num conjunto de 227 próprios, ou seja expansão de 234% que poderá ser eventualmente maior com a possível integração à rede de outras unidades estatais ou privadas já existentes. Buscando uma descentralização administrativa serão criados os Escritórios Executivos de Saúde (correspondente aos Núcleos Regionais de Saúde propostos na reforma administrati

va ora em implantação no Estado), os quais serão situados na Grande Vitória, Cachoeiro e Colatina, sendo adotado o critério de locação baseado nos parâmetros: número de unidades, área da Micro-Região e facilidades de acesso. O Escritório Executivo de Saúde, sediado em Colatina, abrangerá, os municípios que compõem as Micro-Regiões 203 e 204, representando uma área de $13,2\text{km}^2$ e possuem 50 Unidades Sanitárias.

O Escritório Executivo de Saúde de Vitória atenderá os Municípios que compõem as Micro-Regiões de n^{os} 205, 206 e 207, com uma área de $21,2\text{km}^2$ e existindo nelas 95 Unidades Sanitárias. Finalmente o Escritório Executivo de Saúde, com sede em Cachoeiro de Itapemirim, cobrirá uma área de $11,0\text{km}^2$, na qual estão localizadas 74 Unidades Sanitárias, distribuídas nos Municípios que constituem as Micro-Regiões de n^{os} 208, 209 e 210.

Os Escritórios Executivos de Saúde dedicar-se-ão às seguintes funções:

- a. recrutamento e seleção de pessoal;
- b. lotação e remanejamento de pessoal;
- c. supervisão da manutenção dos próprios e material permanente;
- d. abastecimento das Unidades, conforme cotas pré-determinadas;
- e. coleta de dados bio-vitais;
- f. supervisão e avaliação do pessoal;
- g. supervisão local de programas, projetos e atividades;
- h. distribuição regional de material, medicamentos, apósitos e insumos.

II.4 - Bioestatística

Acréscimo de 200% de Unidades na rede representará um acréscimo de 1.560 Relatórios Mensais de atividades por ano (no qual são respondidos, em cada um, aproximadamente 500 quesitos). Por outro lado, determinações do Ministério da Saúde tendem a ampliar e acelerar as atividades de

Epidemiologia e Notificação de Doenças Transmissíveis, além de que para adequada avaliação do Plano Integrado de Saúde há necessidade de um sub-sistema de informações mais amplo e de pronta resposta. Assim impõe-se o funcionamento de um Centro de Processamento de Dados Biovitais.

O Plano Integrado de Saúde prevê a construção e instalação na Grande Vitória de uma Central de Processamento situada em Vitória, onde será locado um serviço cibernético capacitado a receber, processar e depositar não só os dados contidos nos Relatórios Mensais de Atividades (dos dados biovitais e de morbi-mortalidade) como também: consumo, estoque e repletamento de medicamentos, material, apósitos e insumos; movimentação, locação e necessidade de pessoal; custos operacionais por atividade; orçamento programa. Como protudo, além de um relatório geral que mantenha a Secretaria de Estado da Saúde informada de suas atividades pretende-se sub-produtos que satisfaçam às solicitações de dados informativos aos convenientes ora em vigor - Notificação Epidemiológica, Tuberculose, Câncer, Hanseníase, INAN, CPMI, Saúde Mental, Laboratórios de Saúde Pública, Saúde dos Portos - ou outros a vigorarem em futuro. É previsto ainda, para operação diuturna do servo, que sejam instaladas teleimpressoras na Unidade Hospitalar de Base (distante da sede em aproximadamente 12 km) para armazenamento em separado dos dados hospitalares, permitindo a marcação antecipada de consultas, atos cirúrgicos, exames complementares e os demais procedimentos de arquivo vivo e morto nosocomial. Com ampliação da rede de teleimpressoras será possível, em primeiro processo de expansão, a integração de Unidades Hospitalares da Grande Vitória, para utilização dos mesmos serviços prestados ao Hospital de Base acrescido de controle de estoque, finalizando em expansão final a integração de todas as Unidades da Fundação Hospitalar do Espírito Santo.

III - RECURSOS FÍSICOS

A implantação integral do Plano Integrado de Saúde, prevê os seguintes investimentos, entre construção de Unidades, obras de saneamento rudimentar e primário e equipamento daquelas:

III.1 - Assistência

III.1.1 - Unidades Sanitária Rural.

DESCRIÇÃO	ÁREA		CUSTO - Cr\$ 1,00	
	ÚTIL	VALOR	USR	TOTAL
Construção	38m ²	1.400	53.200	5.586.000
Equipamento	-	-	19.603	2.058.315
CUSTO TOTAL	-	-	72.803	7.644.315

III.1.2 - Unidades Sanitárias

DESCRIÇÃO	ÁREA		CUSTO - Cr\$ 1,00	
	ÚTIL	VALOR	US 1	TOTAL
Construção	380,84	1.600	609.344	4.874.752
Equipamento	-	-	426.598	3.412.784
CUSTO TOTAL	-	-	1.035.942	8.287.536

III.1.3 - Centro de Saúde

DESCRIÇÃO	ÁREA		CUSTO - CR\$ 1,00	
	UTIL	M ²	CS	TOTAL
Construção	963,53	1.600	1.541.648	13.874.832
Equipamento	-	-	597.543	5.377.887
CUSTO TOTAL	-	-	2.139.191	19.252.719

III.1.4 - Unidade Hospitalar Local

DESCRIÇÃO	ÁREA		CUSTO - Cr\$ 1,00	
	UTIL	VALOR	UHL	TOTAL
Construção	8.561,50m ²	2.500	21.403.750	107.018.750
Equipamento	-	-	6.741.561	33.707.805
CUSTO TOTAL	-	-	28.145.311	140.726.555

III.1.5 - Unidades Hospitalar Regional

DESCRIÇÃO	ÁREA		CUSTO - CR\$ 1,00	
	UTIL	VALOR	UHR	TOTAL
Construção	17.450m ²	2.500	43.625.000	87.250.000
Equipamento	-	-	12.943.173	25.886.346
CUSTO TOTAL	-	-	56.568.173	113.136.346

III.1.6 - Unidades Hospitalar de Base

DESCRIÇÃO	ÁREA		CUSTO - Cr\$ 1,00	
	ÚTIL	VALOR	UHB	TOTAL
Construção	23.234,3	3.000	69.702.900	69.702.900
Equipamento	-	-	26.809.864	26.809.864
CUSTO TOTAL	-	-	96.512.764	96.512.764

III.1.7 - Unidade Hospitalar Especializada

DESCRIÇÃO	ÁREA		CUSTO - Cr\$ 1,00	
	ÚTIL	VALOR	UHE	TOTAL
Construção	1.064	2.500	2.660.000	2.660.000
Equipamento	-	-	3.403.584	3.403.584
CUSTO TOTAL	-	-	6.063.584	6.063.584

III.1.8 - Escritório Executivo de Saúde

DESCRIÇÃO	ÁREA		CUSTO - Cr\$ 1,00	
	ÚTIL	VALOR	EES	TOTAL
Construção	478,25m ²	2.500	1.195.625	3.586.875
Equipamento	-	-	170.118	510.354
CUSTO TOTAL	-	-	1.365.743	4.097.229

III.2 - Saneamento

III.2.1 - Relativamente ao abastecimento d'água constata-se que no momento presente todas as sedes municipais e 34 outros distritos já possuem redes, havendo previsão de expansão da CESAN à mais 11 até 1980, num total de 98.

A seleção de acordo com os parâmetros já mencionados, são consideradas as incidências de morbidade da população relativamente às doenças controláveis pelo saneamento:

MICRO - REGIÕES	POPULAÇÃO-1970	URBANA-1980
203 - <u>ALTO SÃO MATEUS</u>		
<u>Ecoporanga</u>		
Cotaxé.....	1.349	1.504
204 - <u>COLATINA</u>		
<u>Barra de São Francisco</u>		
Água Doce.....	1.490	1.662
<u>Nova Venécia</u>		
Córrego Grande.....	916	1.021
<u>Pancas</u>		
Alto Rio Novo.....	958	1.068
Vila Verde.....	1.037	1.156
205 - <u>BAIXADA ESP.SANTENSE</u>		
<u>Pinheiro</u>		
São João do Sobrado.....	2.221	5.209
<u>São Mateus</u>		
Jaquaré.....	970	1.241
206 - <u>COLONIAL SERRANA</u>		
<u>Afonso Cláudio</u>		
Serra Pelada.....	705	786
Sobreiro.....	771	860
<u>Itaguaçu</u>		
Itaimbé.....	330	368
207 - <u>VITÓRIA</u>		
<u>Serra</u>		
Carapina.....	2.415	5.553
Nova Almeida.....	1.698	3.187
208 - <u>VERTENTE ORIENTAL DO CAPARAÓ</u>		
<u>Iúna</u>		
Itabira	2.323	2.591

MICRO - REGIÕES	POPULAÇÃO-1970	URBANA-1980
Irupi	800	892
209 - <u>CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM</u>		
<u>Alegre</u>		
Anutiba	910	1.015
Celina.....	1.152	1.285
TOTAL - 16		

São considerados no entanto para efeito de cálculo 19 sub-sistemas, face o maior número de habitantes em alguns distritos, obtendo-se:

<u>SUB-SISTEMAS</u>	<u>CUSTO</u> - Cr\$ 1,00	
	<u>UNITÁRIO</u>	<u>TOTAL</u>
À Construir		
16.....	500.000	9.500.000

III.2.2 - Acrescentando-se aos 98 sub-sistemas projetados até 1980 os 16 considerados no Plano Integrado de Saúde obtem-se um total geral de 111, restando por conseguinte 86 que deverão receber abastecimento d'água por fontanários, ou seja:

<u>SUB-SISTEMAS</u>	<u>CUSTO</u> - Cr\$ 1,00	
	<u>UNITÁRIO</u>	<u>TOTAL</u>
À Construir		
86.....	66.650	5.731.900

III.2.3 - Dentro dos parâmetros estabelecidos são propostas as seguintes construções, incluindo-se coleta e tratamento e procedendo-se correção do custo de acordo com a população estimada:

MICRO-REGIÕES	POPULAÇÃO 1970	URBANA 1980	CUSTO ESTIMADO
203 - <u>Alto São Mateus</u>			
Ecoporanga.....	4.406	4.915	1.363.260
204 - <u>Colatina</u>			
Nova Venécia.....	9.688	10.807	2.272.100
205 - <u>Baixada Esp.Santen-</u> <u>se</u>			
São Mateus.....	10.821	13.851	2.726.520
206 - <u>Colonial Serrana</u>			
Afonso Cláudio.....	4.224	4.712	1.363.260
209 - <u>Cachoeiro Itapemi-</u> <u>rim</u>			
Alegre.....	8.414	9.386	2.272.100
Guaçuí.....	9.143	10.199	2.272.100
210 - <u>Litoral Sul Esp.</u> <u>Santense</u>			
Guarapari.....	11.332	18.813	3.653.360
<hr/>			
TOTAL 7			

obtendo-se o seguinte quantitativo:

<u>SUB-SISTEMAS</u>	<u>CUSTO</u> - Cr\$ 1,00 <u>UNITÁRIO</u>	<u>TOTAL</u>
	POR 2.500 HAB	
7.....	454.420	15.922.700

III.2.4 - No momento atual Colatina, Linhares e Cachoeiro a
presentam redes municipais de esgoto que são lançadas "in
natura" nos rio Doce (as duas primeiras) e Itapemirim, po
luindo-os gravemente. É pois imposta a construção de 3 sis
temas de tratamento, aproveitando-se o orçamento estimado

para lagoas de estabilização:

LOCALIDADES	POPULAÇÃO 1970	URBANA 1980	CUSTO ESTIMADO Cr\$ 1,00
COLATINA.....	54.373	60.658	8.505.000
LINHARES.....	28.502	40.595	6.237.000
CACHOEIRO.....	64.397	71.841	9.639.000

obtem-se:

<u>SUB-SISTEMAS</u>	<u>CUSTO</u> <u>UNITÁRIO</u> POR 2.500 HAB.	<u>Cr\$ 1,00</u> <u>TOTAL</u>
3.....	283.500	24.381.000

III.2.5 - No intuito de facilitar a distribuição de tampas é recomendada a construção de 3 fábricas localizadas em Colatina, Cachoeiro e Linhares, onde serão construídos galpões nos quais, serão produzidos as placas de concreto, com o seguinte quantitativo de investimento:

<u>SUB-SISTEMAS</u>	<u>CUSTO</u> <u>UNITÁRIO</u>	<u>Cr\$ 1,00</u> <u>TOTAL</u>
3.....	40.025	120.075

IV - RECURSOS ECONÔMICOS

Os quadros IV.1, IV.2 e IV.3 dimensionam o va
lor total do Plano Integrado de Saúde em investimentos, po
dendo ser resumidos da seguinte forma:

<u>Investimentos</u>		<u>451.446,723</u>
Obras Públicas		<u>350.279.784</u>
Assistenciais	294.554.109	
Saneamento	55.725.675	
Equipamento		<u>101.166.939</u>

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

QUADRO IV.1

CONSTRUÇÕES PROPOSTAS - PLANO INTEGRADO DE SAÚDE

OBRAS CIVIS

ESPECIFICAÇÃO	ÁREA M ²	VALOR UNITÁRIO	Nº DE US	TOTAL
Unidade Sanitária Rural.....	38,00	53.200	105	5.586.000
Unidade Sanitária 1ª.....	380,84	609.344	8	4.874.752
Centro de Saúde.....	963,53	1.541.648	9	13.874.832
Hospital Local.....	8.561,50	21.403.750	5	107.018.750
Hospital Regional.....	17.450,00	43.625.000	2	87.250.000
Hospital de Base.....	23.234,30	69.702.900	1	69.702.900
Unidade Hospitalar Especializada.....	1.064,00	2.660.000	1	2.660.000
Escritório Executivo de Saúde.....	478,25	1.195.625	3	3.586.875
TOTAL GERAL.....				294.554.109

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

QUADRO IV.2

CONSTRUÇÕES PROPOSTAS - PLANO INTEGRADO DE SAÚDE

EQUIPAMENTOS

<u>E S P E C I F I C A Ç Ã O</u>	<u>VALOR UNITÁRIO</u>	<u>Nº DE US</u>	<u>TOTAL</u>
Unidade Sanitária Rural -----	19.603	105	2.058.315
Unidade Sanitária 1 ^a -----	426.598	8	3.412.784
Centro de Saúde -----	597.543	9	5.377.887
Hospital Local -----	6.741.561	5	33.707.805
Hospital Regional -----	12.943.173	2	25.886.346
Hospital de Base -----	26.809.864	1	26.809.864
Unidade Hospitalar Especializada -----	3.403.584	1	3.403.584
Escritório Executivo de Saúde -----	170.118	3	510.354
 TOTAL GERAL -----			 101.166.939

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

QUADRO IV.3

INVESTIMENTOS PROPOSTOS - PLANO INTEGRADO DE SAÚDE

OBRAS DE SANEAMENTO

E S P E C I F I C A Ç Ã O	QUANTIDADE	CUSTO - Cr\$ 1,00	
		UNITÁRIO	TOTAL
Abastecimento domiciliar -----	19	500.000	9.500.000
Abastecimento Fontanários -----	86	66.500	5.731.900
Coleta esgotos e tratamento -----	7	454.420	15.992.700
Tratamento e esgotos -----	3	283.500	24.381.000
Estaleiros p/tampas de fossa -----	3	40.025	120.075
INVESTIMENTO TOTAL -----			55.725.675

