



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2008 - 2011

Vitória - ES
Março de 2008

PAULO CÉSAR HARTUNG GOMES

Governador do Estado do Espírito Santo

ANSELMO TOZI

Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo

FRANCISCO JOSÉ DIAS DA SILVA

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

MARCELO CALMON DIAS

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

LUIZA MARIA DE CASTRO AUGUSTO ALVARENGA

Gerencia Estratégica, Planejamento e Desenvolvimento Institucional – GEPDI

ELOÁ SENA GUILHEN RIBEIRO

Núcleo Especial de Planejamento e Orçamento em Saúde – NUEDPOS

MARIA AUXILIADORA FIORILLO MARIANI

Núcleo Especial de Análise de Situação e Tendência em Saúde - NASTS

SOLANGE MARIA LOSS CORRADI

Núcleo Especial de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - NUEDCT

LUIZ CLÁUDIO OLIVEIRA DA SILVA

Gerência de Vigilância em Saúde – GEVS

ANSELMO DANTAS

Gerência de Regulação e Assistência – GERA

SÉRGIO ANTÔNIO CHRIST

Gerência Estratégica Técnico-Administrativa – GETA

SILVIO CÉSAR MACHADO DOS SANTOS

Gerência de Assistência Farmacêutica – GEAF

SOLANGE DAMM

Gerência Estratégica de Auditoria em Saúde – GEAS

MARLI BREDAS BASÍLIO DE SOUZA

Gerência de Recursos Humanos – GRH

EVERSON TEIXEIRA MOREIRA

Gerência de Tecnologia da Informação – GTI

Equipe Técnica

Erivelto Pires Martins

Lista de siglas

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CAPs. Centro de Atenção Psico-social
CEADI Central Estadual de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos
CEREST Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador do Espírito Santo
CIB Microrregionais Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais -
CNCDO/ES Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Espírito Santo
CREFES Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo
CRES Centros Regionais de Especialidades
ES Espírito Santo
FUNASA Fundação Nacional de Saúde
GEAF Gerência de Assistência Farmacêutica
GEAS Gerência Estratégica de Auditoria em Saúde
GEOBASES Sistema Integrado de Bases Georeferenciadas para o Estado do Espírito Santo
GEPDI Gerencia Estratégica, Planejamento e Desenvolvimento Institucional.
GERA Gerência de Regulação e Assistência
GETA Gerência Estratégica Técnico-Administrativa
GEVS Gerência de Vigilância em Saúde
GRH Gerência de Recursos Humanos
GTI Gerência de Tecnologia da Informação
HEMOES Hemocentro do Espírito Santo
IBEES Instituto Biológico do Estado do Espírito Santo
IDAF/SEAG Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do Espírito Santo
IDH Índice de Desenvolvimento Humano
MS Ministério da Saúde
NASTS Núcleo Especial de Análise de Situação e Tendência em Saúde
NEMES Núcleo de Entomologia e Malacologia do Estado do Espírito Santo
NESFS Núcleo Estratégico de saúde da Família
NEVA Vinculado ao Núcleo Especial de Vigilância Ambiental
NUEDCT Núcleo Especial de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
NUEDPOS Núcleo Especial de Planejamento e Orçamento em Saúde
OPS Organização Pan-americana de Saúde
PES Plano Estadual de Saúde

PINAD Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar

PNH Política Nacional de Humanização

PPI Programação Pactuada Integrada

PECD Programa Estadual de Controle da Dengue

RENACIAT Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica

SIM Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SINITOX.Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

SAMU 192 e CREFES (Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo).

SFHIA Síndrômica das Doenças Febris Ictero-hemorrágicas

SIA Sistema de Informações Ambulatoriais

SIG Sistema de Informações Geográficas

SIH Sistema de Informações Hospitalares

SVO Serviço de Verificação de Óbitos

TOXCEN Centro de Atendimento Toxicológico do Espírito Santo

UTI Unidade de Tratamento Intensivo

1 – INTRODUÇÃO

Apresentamos à população do Estado do Espírito Santo, aos profissionais de saúde, gestores estaduais e municipais do SUS, o Plano Estadual de Saúde – PES, 2008-2011, em cumprimento à Lei nº. 8.080/90, art. 15, inciso VIII do Sistema Único de Saúde e Portaria GM nº. 3.332, de 28 de Dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema de Saúde.

A Constituição Brasileira garantiu a organização de um sistema de saúde no território nacional, que se dá a partir da responsabilidade e autonomia de gestão compartilhada pelas três esferas político-administrativas do Estado Brasileiro (União, estados e municípios). Neste contexto, os estados assumem o desenvolvimento de seu povo, dependente de sua condição de saúde e esta possibilidade está sob coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde de sua estrutura organizacional e capacidade técnica de gestão sobre as necessidades colocadas no cotidiano.

A saúde é vista pela Constituição Brasileira como um direito universal, e no Estado do Espírito Santo, existem regiões onde é necessário superar o baixo desenvolvimento social para a inclusão de populações residentes nos chamados “vazios assistenciais”.

A opção da política governamental para a construção de um Sistema Estadual de Saúde continua sendo a estruturação de um sistema integrado de serviços de saúde, buscando a descentralização da gestão dos serviços e a reorientação das práticas de saúde, onde o eixo estruturante é a atenção primária em saúde a partir da qual se deve implementar e desenhar as redes de atenção em saúde.

O atual governo reafirma a necessidade de garantir à sociedade capixaba a melhoria da qualidade de vida de forma imediata e olha para o futuro para “consolidar as mudanças político-institucionais para avançar no novo modelo de desenvolvimento, socialmente inclusivo, ambientalmente sustentável e geograficamente desconcentrado” (Discurso do Governador Paulo Hartung, 2007).

Como qualquer política pública, a política de saúde é fruto de um complexo processo de negociações e confrontação entre a burocracia pública, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses e organizações da sociedade civil e se materializa

através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que garantam resultados. Para isso, o acompanhamento dos processos e a avaliação do impacto das ações sobre a situação existente devem ser permanentes.

2 – CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

O estado do Espírito Santo, situado na Região Sudeste, possui 46.077,5 km² com uma população, estimada para 2006, de 3.464.280 habitantes, distribuídos em 78 municípios e uma região metropolitana, que concentra 47,96% do total da população do estado e 57% da população urbana (ES 2025).

Através da Lei estadual nº. 5120, de 01/12/1995, os municípios foram agregados em Regiões de Planejamento, que são as Macrorregiões Metropolitana, Norte, Noroeste e Sul, assim como as Regiões Administrativas de Gestão de corte microrregional em número de 12, no interior das Regiões de Planejamento, complementada pela Lei nº.5.469 de 23/09/1997. As doze microrregiões de planejamento são: Metropolitana, Pólo Linhares, MetrÓpole Expandida Sul, Litoral Norte, Central Serrana, Extremo Norte, Pólo Cachoeiro, Caparaó, Pólo Colatina, Noroeste I, Noroeste II, Sudoeste Serrana.

A Região Metropolitana de Vitória – RMV, instituída pela Lei Complementar nº. 58, de 21/02/1995, e alterada pelas Leis Complementares nºs. 159, de 08/07/1999 e nº. 204, de 22/06/2001, é integrada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória.

O Índice de Desenvolvimento Humano no ES é de 0,767, estando em décimo lugar no ranking nacional (Folha Online, 27/12/2002). Há, no Estado, diferenças regionais importantes, havendo concentração dos mais baixos IDH dos municípios localizados nos extremos Norte e Sul.

A concentração da população capixaba na Região Metropolitana acaba por exercer a função de centralização regional em um espaço de tomada de decisões, informações, transações comerciais e financeiras e de prestação de serviços públicos, além de ser o vetor de difusão cultural e tecnológica.

Duas das maiores bases industriais do país situam-se nesta região, a usina de pelotização de minério de ferro da Vale, situada em Vitória, e da produção de aço da Arcelor Mital, situada em Serra. Tais empresas incluem-se entre as maiores, mais competitivas e

rentáveis do país. O estado se projeta para o futuro com a estratégia de desenvolvimento sustentável, com resultados para os cidadãos capixabas, sendo dono da segunda maior reserva de petróleo do país.

No norte do estado as atividades como a celulose, cana de açúcar, frutas e a indústria moveleira, mostram um dinamismo no desenvolvimento que precisa ser interiorizado (ES 2025).

As diretrizes do governo é fazer avançar um modelo de desenvolvimento socialmente inclusivo, ambientalmente sustentável e geograficamente desconcentrado que promova um desenvolvimento equilibrado entre a região metropolitana, o litoral e o interior do Estado.

Com o objetivo de promover a descentralização das ações e serviços de saúde e reduzir as desigualdades mediante criteriosa alocação de recursos, garantindo o acesso da população a serviços e ações de saúde com integralidade e resolubilidade, e em consonância com o estabelecido na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002, a Secretaria de Estado da Saúde construiu o plano Diretor de Regionalização – PDR, de modo a constituir sistemas funcionais de saúde por meio da integração de pontos de atenção à saúde.

Para elaboração do Plano Diretor de Regionalização foi considerado o acesso, a economia de escala e de escopo, e perfil epidemiológico. No equacionamento do acesso foram verificadas as variáveis de distância entre os pontos assistenciais e o tipo de pavimento, os fluxos de saúde, aí considerados aquele relacionado ao Sistema de Informações Hospitalares e o relativo ao Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta complexidade e custo, a densidade tecnológica de cognição e de produto.

A economia de escala foi considerada mediante conformação de Microrregiões com população superior a 150 mil habitantes, em número de 8 (oito), a saber: São Mateus, Colatina, Linhares, Serra-Santa Teresa, Vitória, Vila Velha-Venda Nova do Imigrante, Cachoeiro do Itapemirim e Guaçuí, contidas em macrorregiões com população superior a 500 mil habitantes em número de três (3): Norte, Centro e Sul. A economia de escopo é buscada na definição dos hospitais microrregionais com mais de 100 leitos ou da especialização induzida, em alguns casos.

O PDR/ES 2002 contempla também a identificação de pólos microrregionais e macrorregionais segundo estudo de porte e prestação de serviços, capacidade instalada e fluxo de internações, economia de escala e de escopo e perfil epidemiológico.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

- △ - POLO MACRREGIONAL
- - POLO MICRREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO

Macrorregião Norte - Colatina - Linhares :

Microrregiões:

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

Macrorregião Centro - Vitória

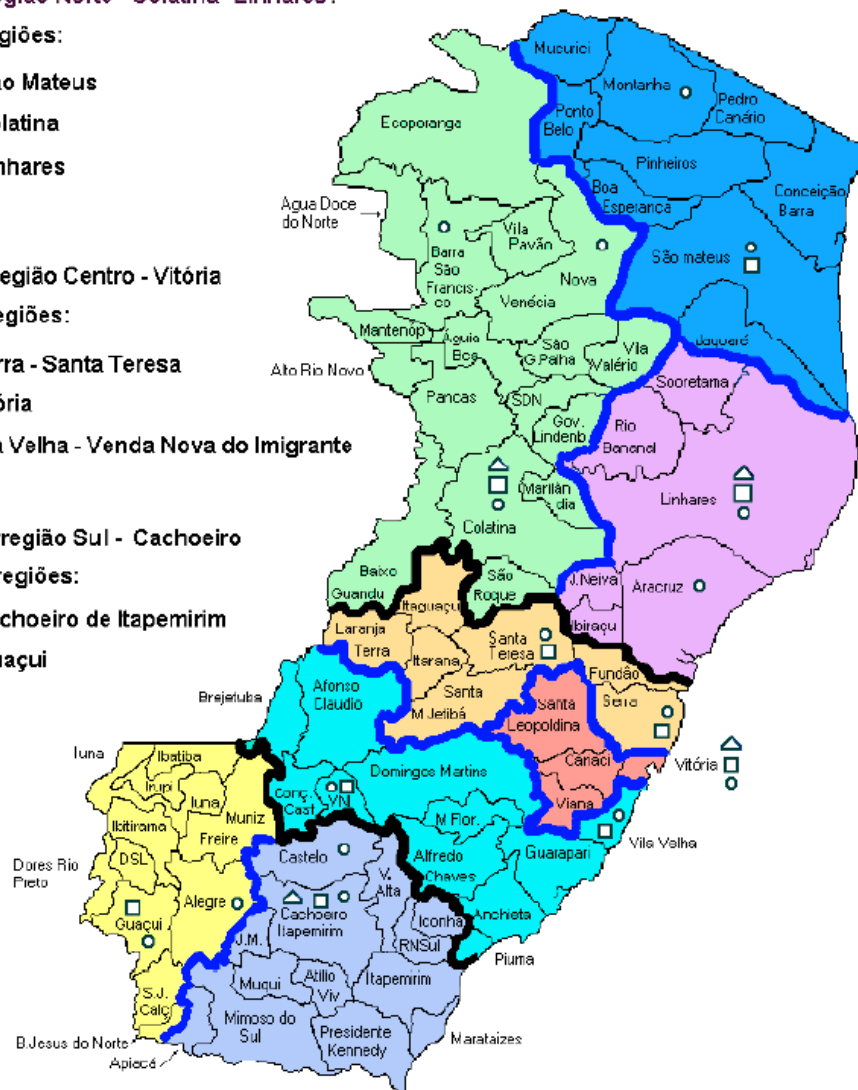
Microrregiões:

- Serra - Santa Teresa
- Vitória
- Vila Velha - Venda Nova do Imigrante

Macrorregião Sul - Cachoeiro

Microrregiões:

- Cachoeiro de Itapemirim
- Guaçuí

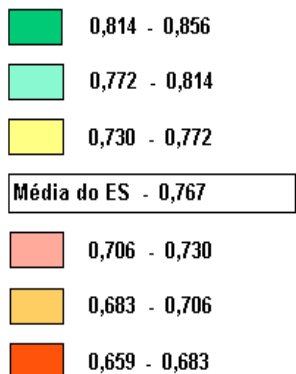


O IDH do Estado, calculado como a média aritmética da longevidade, educação e renda, está diretamente proporcional à alfabetização e a expectativa de vida e tem como projeção para o Estado um crescimento de 28,4 anos para o sexo masculino a partir dos 55 anos e para o sexo feminino 30,2 anos vividos (GEPDI/NASTS 2007).

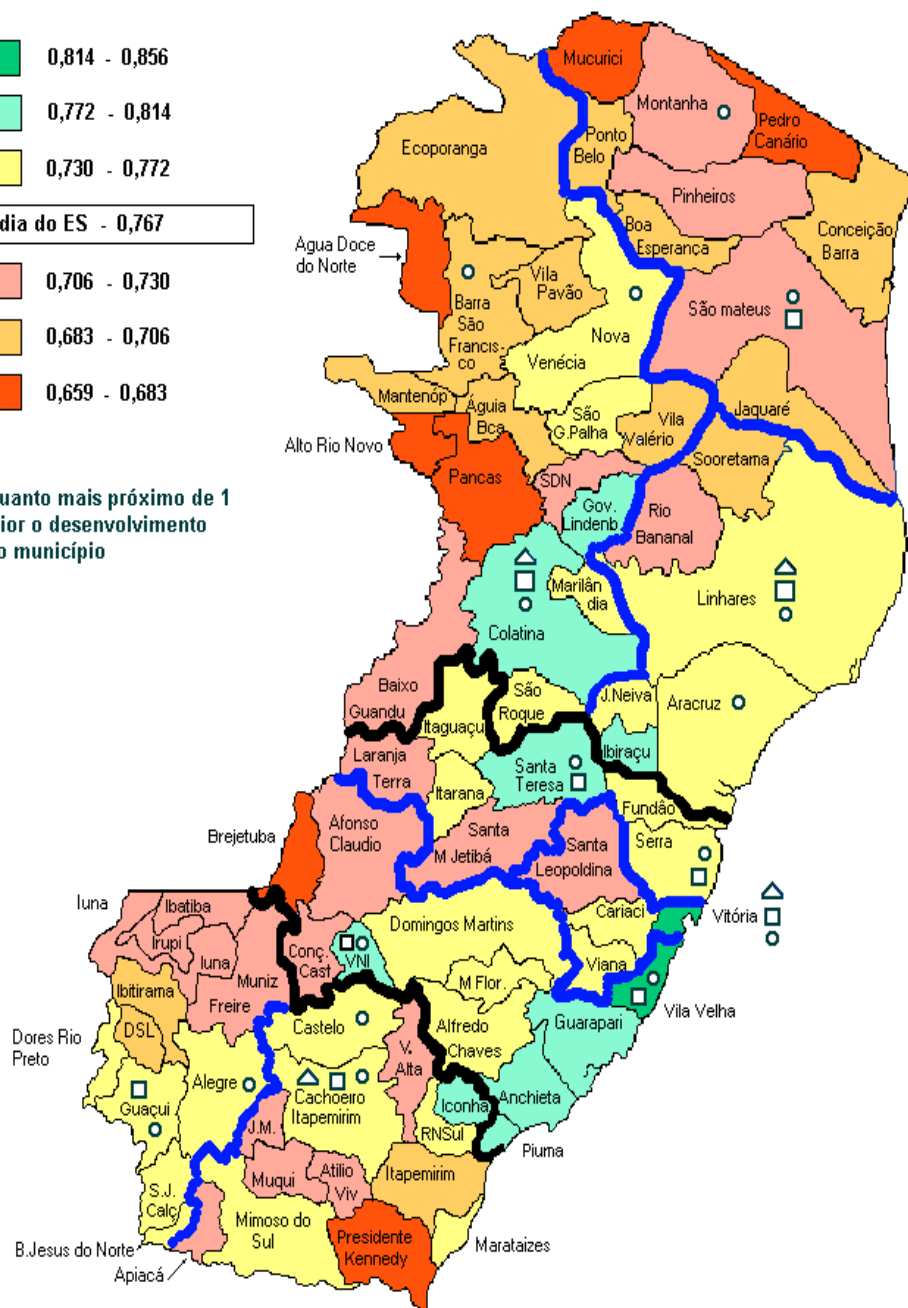
PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios - IDHM 2000

△ - POLO MACRO
 □ - POLO MICRO
 ○ - SEDE DE MÓDULO

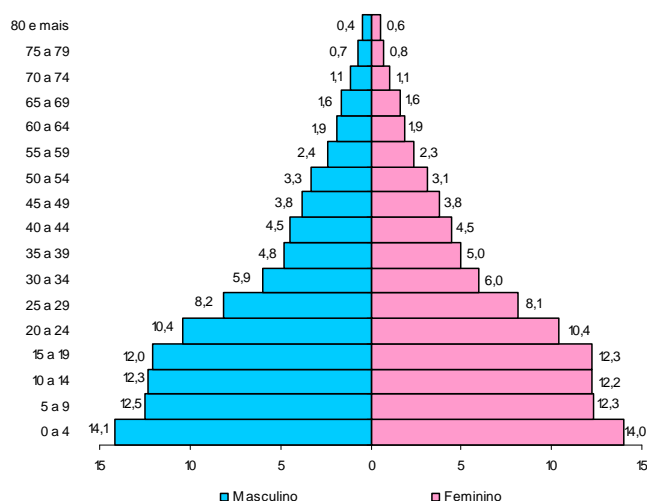


Quanto mais próximo de 1
 Melhor o desenvolvimento
 do município



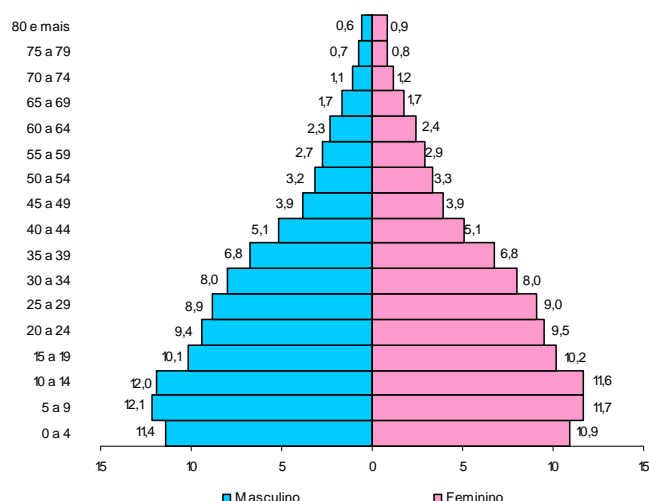
Fonte: Pesquisa USP, Unicamp e PUC de São Paulo.

2.1 – Demografia



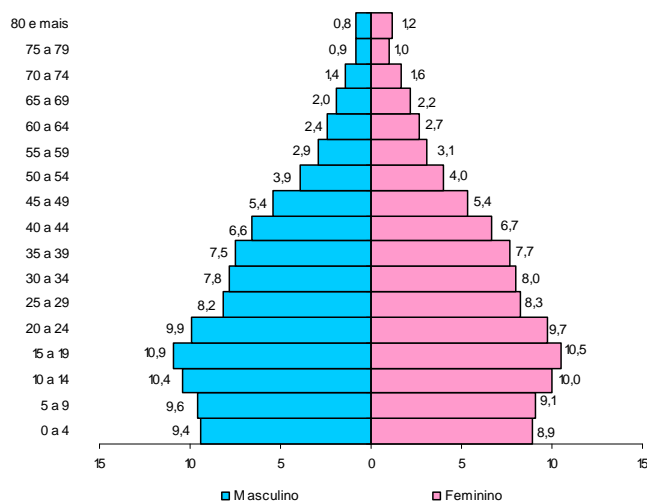
Pirâmide etária, ES – 1980

Fonte: Fundação IBGE



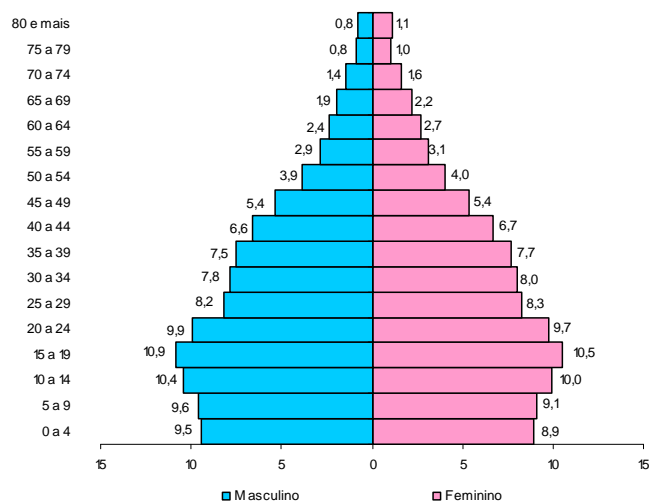
Pirâmide etária, ES – 1991

Fonte: Fundação IBGE



Pirâmide etária, ES – 2000

Fonte: Fundação IBGE



Pirâmide etária, ES – 2006

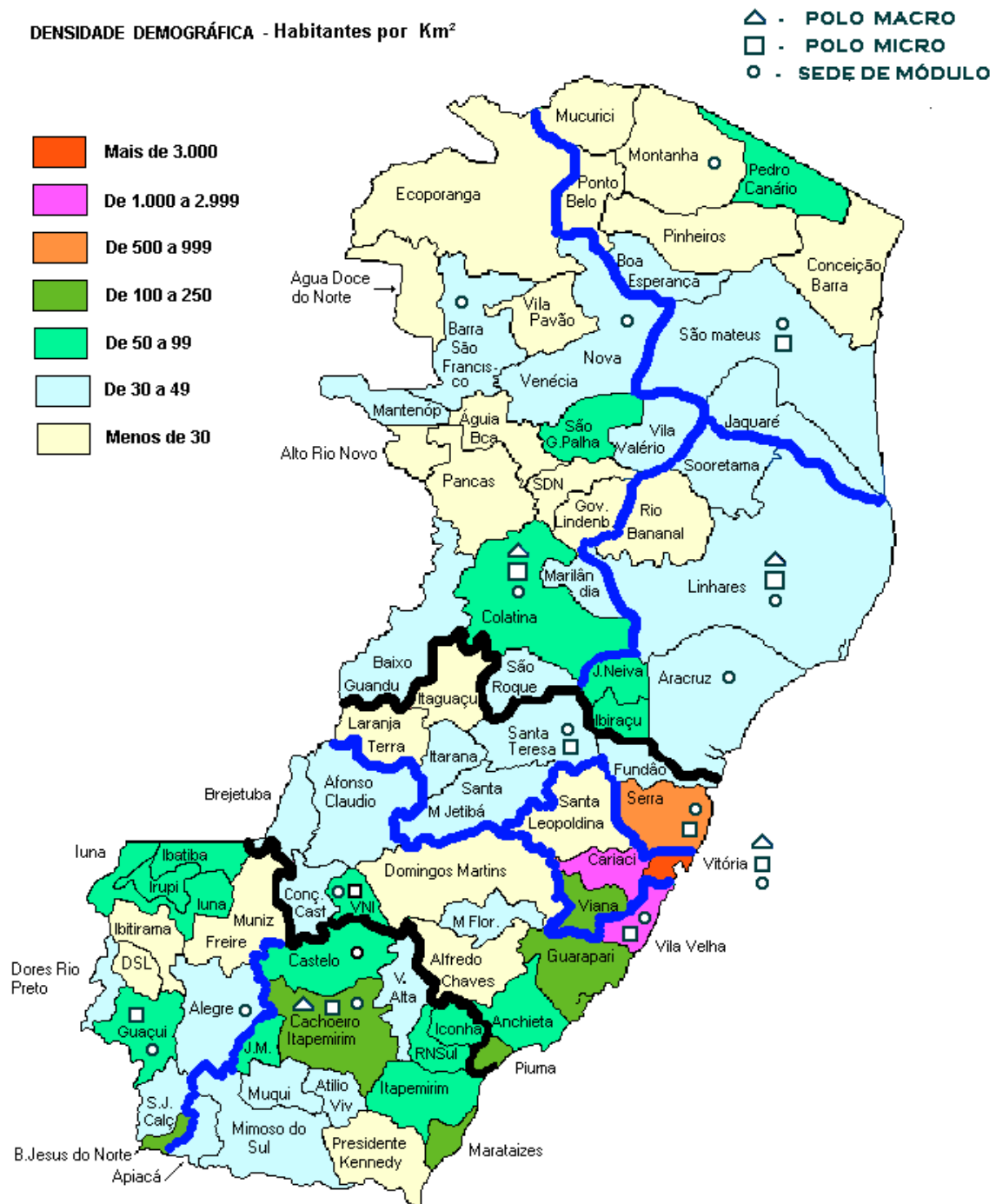
Fonte: Fundação IBGE

A pirâmide populacional do estado se configura como nos demais estados brasileiros, com o estreitamento da base onde está a população menor de 04 anos.

Grande parte desta população se localiza na Região Metropolitana de Vitória, sendo residente nesta região aproximadamente 50% da população total do Estado. No norte do Estado se configura a região considerada pertencente ao semi-árido brasileiro e com as baixas densidades populacionais onde os municípios têm em média 35 habitantes por Km².

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

DENSIDADE DEMOGRÁFICA - Habitantes por Km²



Fonte: IBGE

A redução da população infantil, conseqüência da diminuição do número de filhos por mulheres, acarreta uma mudança significativa no comportamento da sociedade como ocorreu nos países que fizeram à transição demográfica. No Espírito Santo este fenômeno se reproduz em todos os municípios onde a menor fecundidade esta em Itaguaçu, Laranja

da Terra e Bom Jesus do Norte sendo que neste município há necessidade de recontagem de recém nascidos, devido ao registro dos que nascem no Rio de Janeiro, pois se efetuam por local de ocorrência. Se a queda da fecundidade de uma comunidade leva à média de filhos por mulheres próximas a um, esta comunidade terá dificuldade de se manter, pela presença exclusiva de idosos dependentes. O ES apresenta em média 1,6 filhos por mulher em idade fértil.

As políticas dirigidas à infância seriam facilitadas nos próximos anos, pois o número absoluto de crianças tenderá a diminuir, não excluindo das Políticas de Saúde que deverão garantir o planejamento para as atividades de amparo às crianças no seio da família e nos serviços de saúde, considerando a trama de representações e relações, cada vez mais complexas na saúde das crianças.

A taxa de fecundidade no Brasil em 2006 ficou em 2,0 nascimentos por mulher de acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar de 2006 (Pinad/IBGE) sendo que no Espírito Santo apenas os municípios de Sooretama, São Domingos do Norte e Linhares acompanharam o perfil do Brasil. Nos últimos anos, o crescimento populacional do estado, acima das taxas médias da Região Sudeste e do Brasil, tem sua origem no fluxo migratório.

O indicador clássico de Swaroop & Uemura, demonstra que a transição demográfica no ES ocorreu no final da década de 90, caracterizando um perfil de populações em desenvolvimento quando o percentual de mortes em maiores de 50 anos ultrapassou a 50% do total das mortes. Este indicador caracteriza o mundo desenvolvido quando superior a 75%.

Índice de Swaroop & Uemura, Espírito Santo - 1980 a 2006

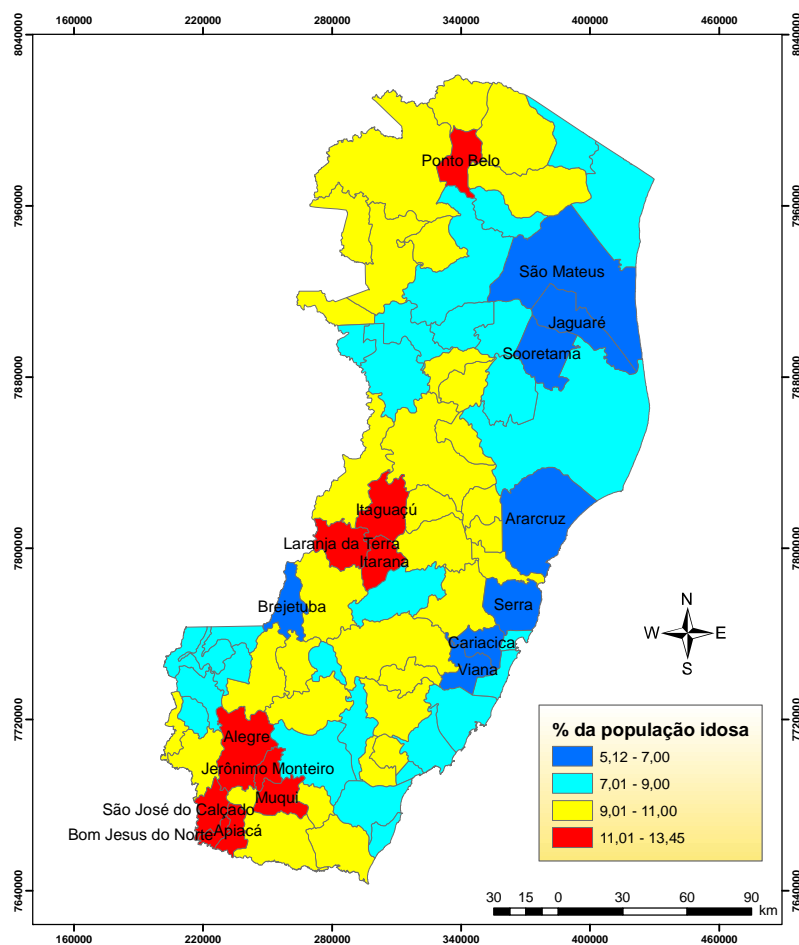
Ano	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006
%	48,30	54,15	58,50	60,97	63,80	68,12	68,41

Fonte: SESA/GEPDI/NASTS

O cálculo da mortalidade proporcional proposta por Swarrop e Uemura, não proporcionou maior poder de discriminação entre países mais e menos desenvolvidos, conforme estudo realizado por Paiva et al (1987). Para maior utilização no direcionamento do planejamento das ações, deve ser considerada a percentagem de óbitos com 75 anos e mais, que correspondem a nova perspectiva de sobrevida das populações.

População com 60 anos ou mais, ES - 2006

As populações envelhecidas têm maior propensão em conviver com problemas de saúde, o que não necessariamente as torna incapazes física e emocionalmente para as atividades rotineiras. Independentemente da condição de saúde estas populações necessitam de boa qualidade de vida que deve ser garantida a partir de políticas específicas



Percentual da População idosa, 2007 e Previsão (*) para 2008 a 2010

Macro	Micro	2007	2008	2009	2010	R ²	Incremento
Norte		8,25	8,70	8,82	8,94	0,94	0,12
	São Mateus	7,45	7,78	7,88	7,99	0,90	0,10
	Colatina	9,41	10,01	10,16	10,31	0,96	0,15
	Linhares	7,24	7,61	7,71	7,80	0,95	0,09
Centro		7,47	7,77	7,85	7,94	0,93	0,08
	Serra/STeresa	6,15	6,20	6,23	6,26	0,63	0,03
	Vitória	7,69	8,05	8,15	8,25	0,95	0,10
	Vila Velha	8,19	8,58	8,69	8,79	0,96	0,10
Sul		9,34	9,78	9,87	9,97	0,94	0,10
	Cachoeiro	9,21	9,64	9,73	9,83	0,94	0,10
	Guaçuí	9,65	10,12	10,22	10,32	0,95	0,10
Espírito Santo		8,00	8,37	8,46	8,56	0,94	0,09

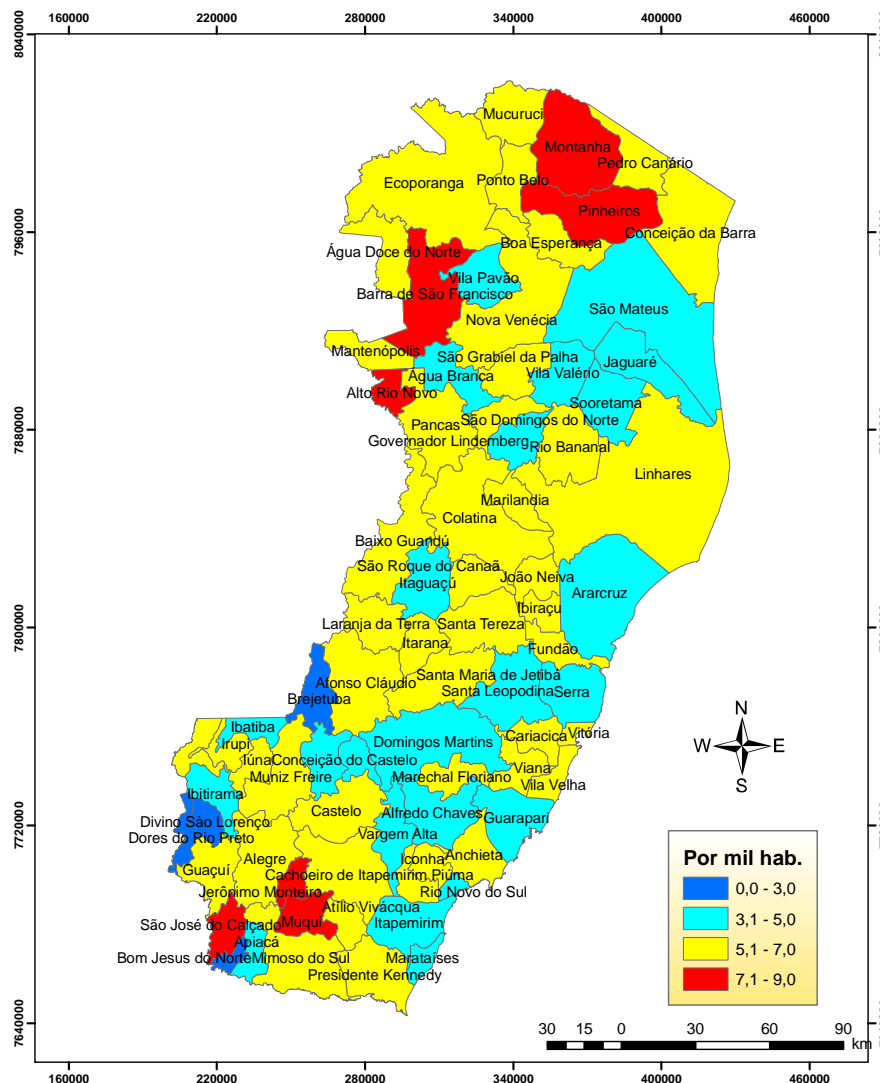
Fonte: SESA - ES/GEPDI/NASTS

(*) Considerando-se os anos de 1980 a 2007

O percentual da população idosa de cada Microrregião, considerada a população idosa com mais de 60 anos, revela um percentual entre 7% a 10 % do total de cada Microrregião para 2010 com um grau de confiabilidade (R^2) que assegura as projeções, com exceção da Microrregião Serra-Santa Teresa.

Quanto maior a concentração da população idosa nas localidades é de se esperar as maiores taxas de mortalidade geral. O Coeficiente Mortalidade Geral é o indicador que expressa risco da ocorrência anual de mortes em determinada população, é obtido pelo número de óbitos de determinada localidade no ano, dividido pela população desta mesma localidade e

Mortalidade geral (por mil hab.), ES - 2006



se tornou um indicador de monitoramento de óbitos a partir da implantação do Sistema Informação Nacional de Mortalidade (SIM), mas é frágil para direcionar estratégias de intervenção porque é influenciado pela estrutura da população sendo mais elevado nas localidades onde existem mais idosos. Este fato coincide parcialmente com a distribuição da população exposta ao risco, 32 nos municípios do ES.

3 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE.

A estrutura organizacional do Sistema Estadual de Saúde do Espírito Santo - SESA-ES esteve até julho de 2007 sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde – SESA e do Instituto Estadual de Saúde Pública – IESP, que a partir das Leis Complementares n.ºs. 317 e 318, de dezembro de 2004 e 2005 respectivamente, definiram como sendo competências da SESA a regulação e financiamento e do IESP a prestação de serviços em unidades próprias do Estado.

A partir da Lei Complementar n.º. 407, de 27 de julho de 2007, a estrutura administrativa do IESP se incorpora a SESA e fica extinto o IESP, órgão criado pela Lei Delegada n.º 04, de 09/09/1967, transformado em autarquia pelo Decreto n.º. 1.469-N, de 27/10/1980, organizado pela Lei n.º 4.317, de 04/01/1990, regulamentada pelo Decreto n.º. 3.007, de 03/07/1990, publicado no Diário Oficial de 26/09/1990, e reorganizada pela Lei Complementar n.º 288, de 21/06/2004, vinculado à SESA.

Ficam transferidas para os setores próprios da SESA as atividades de administração de recursos humanos, de administração de materiais, de administração financeira e demais serviços administrativos anteriormente a cargo do IESP. Na mesma Lei Complementar, fica criado mecanismos para aprimoramento da gestão hospitalar , altera a estrutura organizacional da SESA com criação de novos cargos e extingui os cargos de procuradores.

O Estado assumiu a Gestão Plena do Sistema em novembro de 2004. Desde então, vem desenvolvendo um processo de gestão centrado em duas vertentes: a primeira trata da implementação de uma política estadual de saúde com características de descentralização e cooperação entre gestores municipais e estadual, que visa desenvolver sistemas integrados de serviços de saúde; e, a segunda busca reestruturar a organização para atender às demandas da sociedade, bem como as decorrentes do modelo proposto.

Para cumprir a função de co-financiadora, a SESA conta com o Fundo Estadual de Saúde-FES, criado pela Lei 4873/94 e regulamentado pelo Decreto n.º. 3668/95. Apesar de criado por lei em 1994, somente em 2005 o FES assumiu efetivamente o desempenho de suas atividades.

4 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A transição demográfica do Estado do Espírito Santo mudou o perfil epidemiológico dos agravos e das mortes-transição epidemiológica, tendo como consequência uma mudança nas necessidades de saúde da população.

Principais causas de óbitos no Espírito Santo nos anos 1980, 1990, 2000 e 2005

1980 (CID 9)	1990 (CID 9)	2000 (CID 10)	2005 (CID 10)
Cap. XVI	Cap.VII	Cap. IX	Cap. IX
Mal definidas (25,28%)	Ap. Circulatório (26,33 %)	Ap. Circulatório (26,35 %)	Ap. Circulatório. (31,48 %)
Cap.VII	Cap. XVI	Cap. XVIII	Cap. XX
Ap.Circulatório (23,25 %)	Mal definidas (20,78 %)	Mal definidas (17,62 %)	C. Externas (17,55 %)
Cap. XVII	Cap. XVII	Cap. XX	Cap. II
C. Externas (11,20%)	C. Externas (15,39%)	C. Externas (16.65 %)	Neoplasias (14, 76 %)
Cap. I	Cap. II	Cap. II	Cap X
Infec./Parasitária. (7,04 %)	Neoplasias (9,84 %)	Neoplasias (11,63 %%)	Ap. Respiratório (8,16%)
Cap. II	Cap VIII	Cap X	Cap. IV
Neoplasias (6,78%)	Ap. Respiratório (6,04%)	Ap. Respiratório (7,15%)	Nutric. e metabólicas (5,58%)

Fonte: SESA/GEPDI/NASTS

As causas externas, onde se incluem as mortes violentas, estão no perfil do Estado há 20 anos, mas com a melhoria dos diagnósticos das causas consideradas “mal definidas” o perfil se estabeleceu no direcionamento das causas cardiovasculares. As causas relativas ao Aparelho Circulatório permanecerão como primeiras causas de morte nas projeções para até 2010, acompanhadas das neoplasias. Neste grupamento as doenças isquêmicas do coração, e o acidente vascular cerebral, são as mais importantes causas de morte, tendo predominância de 55% no sexo masculino.

Percentual de óbitos por capítulos do CID-10, de 2006 e a 2010 – ES

Causa (Cap CID10)	2006	2007	2008	2009	2010	R²	Incremento
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,31	3,21	3,17	3,13	3,09	0,04	0,01
II. Neoplasias (tumores)	14,69	14,98	15,13	15,26	15,39	0,88	0,50
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,35	0,38	0,37	0,35	0,34	0,08	-0,01
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,55	5,42	5,45	5,48	5,51	0,79	0,15
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,45	1,37	1,44	1,51	1,57	0,88	0,11
VI. Doenças do sistema nervoso	2,15	2,23	2,34	2,45	2,55	0,96	0,18
VII. Doenças do olho e anexos	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,18	0,00
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	31,97	32,85	33,21	33,55	33,87	0,75	1,14
X. Doenças do Aparelho Respiratório	8,19	8,38	8,40	8,41	8,43	0,53	0,20
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,48	4,88	4,98	5,08	5,17	0,79	0,23
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,35	0,27	0,28	0,28	0,29	0,12	0,01
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,31	0,32	0,33	0,33	0,34	0,46	0,01
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,70	1,75	1,79	1,83	1,86	0,86	0,09
XV. Gravidez parto e puerpério	0,16	0,16	0,16	0,17	0,17	0,28	0,01
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2,36	1,98	1,78	1,59	1,41	0,91	-0,21
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,97	0,99	0,97	0,94	0,92	0,08	-0,01
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4,18	3,46	3,00	2,57	2,17	0,86	-0,47
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	17,79	17,32	17,17	17,03	16,90	0,40	0,18
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00		

Fonte: SESA /GEPDI/NASTS/SIM

As Doenças do Aparelho Circulatório são e serão as principais causas de óbitos no Estado, até 2010, seguidas das neoplasias que apresentam uma projeção de incremento maior que as cardiovasculares. As causas externas, que atualmente ocupam o segundo lugar de importância, ainda aparecem nas projeções para 2010, mas com possibilidade de queda gradativa de sua incidência.

As “complicações das doenças crônicas” podem ser compreendidas como “situações de desequilíbrio fisiopatológico, promovidas por agravamento súbito ou progressivo do estado patológico, acarretando risco de perda ou deterioração funcional de órgãos ou sistemas orgânicos, acarretando em seqüelas funcionais de intensidades variáveis”. Tais acontecimentos trazem, quase sempre, repercussões sociais significativas sejam no âmbito familiar ou previdenciário.

No que se refere as doenças crônicas não transmissíveis, as complicações mais importantes são as trombo-inflamatórias e suas repercussões teciduais responsáveis pelos fenômenos isquêmicos cardio-cérebro-vasculares e seus danos teciduais como Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Encefálico. Os estados anteriores identificados como responsáveis primários por estes danos é a Doença Aterosclerótica e a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Estimam-se, para o Espírito Santo, 8810 novos casos de câncer no ano de 2008. Excluindo o câncer de pele não melanoma. O câncer de próstata terá o maior número de casos (950), seguido pela ocorrência de 830 casos de câncer de mama feminina, 520 de estômago, 490 de traquéia, brônquios e pulmões e 460 novos casos de câncer de colo de útero. O aparecimento de 2070 novos casos de câncer de pele não melanoma e 110 casos de melanoma no Espírito Santo é relevante por incidir em populações vulneráveis com tipo de pele sensível a exposição solar e os elevados índices de radiação ultravioleta aqui encontrado (INCA, 2007). Chama atenção a ocorrência em maior número de óbitos por câncer de traquéia, brônquios e pulmões nos homens, em percentuais sempre mais altos em comparação com o câncer de próstata.

Principais causas de mortes, por faixa etária – ES – 2006.

Faixa etária	Posição	Capítulos CID 10	Nº de óbito	%
Menor de 1	1º	Algumas afec originadas no período perinatal		58,21
	2º	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas		17,59
	3º	Doenças do Aparelho Respiratório	773	5,56
	4º	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat		4,53
	5º	Algumas doenças infecciosas e parasitárias		4,01
1 a 4	1º	Causas externas de morbidade e mortalidade		26,43
	2º	Algumas doenças infecciosas e parasitárias		14,29
	3º	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	140	14,29
	4º	Doenças do Aparelho Respiratório		12,86
	5º	Neoplasias (tumores)		9,29
5 a 9	1º	Causas externas de morbidade e mortalidade		37,78
	2º	Neoplasias (tumores)		16,67
	3º	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	90	10,00
	4º	Doenças do sistema nervoso		7,78
	5º	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas		6,67
10 a 19	1º	Causas externas de morbidade e mortalidade		75,83
	2º	Neoplasias (tumores)		4,67
	3º	Doenças do sistema nervoso	600	3,83
	4º	Doenças do Aparelho Circulatório		3,83
	5º	Doenças do Aparelho Respiratório		2,00
20 a 59	1º	Causas externas de morbidade e mortalidade		35,52
	2º	Doenças do Aparelho Circulatório		21,13
	3º	Neoplasias (tumores)	6816	14,30
	4º	Doenças do aparelho digestivo		5,66
	5º	Algumas doenças infecciosas e parasitárias		5,34
60 ou mais	1º	Doenças do Aparelho Circulatório		43,28
	2º	Neoplasias (tumores)		16,60
	3º	Doenças do Aparelho Respiratório	10726	11,62
	4º	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas		7,25
	5º	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat		4,56

Fonte: SESA - ES/GEPDI/NASTS

A distribuição percentual das causas de morte por faixa etária elucidada melhor as causas em cada grupamento, revelando a predominância das causas externas de morbidade e mortalidade como causa principal em todas as faixas etárias a partir de 1 ano de idade, não sendo importante nos menores de 1 ano e nos maiores de 60 anos até 2006 e com projeção ascendente a partir de 2007, para os menores de 1 ano.

Na faixa etária de 1 a 4 anos as causas externas de morbi-mortalidade terão acréscimo de 0,66% ao ano até 2010. Ressalta a faixa etária de 10 a 19 anos, onde o percentual de morbi-mortalidade por causas externas chega a 75,83% de todas as causas. Neste grupamento, 28,3% são ocasionadas por acidentes, 26% por suicídio e 63,8% são por homicídios.

Entre os acidentes o maior percentual está relacionado aos acidentes de trânsito. Destaca-se um número crescente de colisões com motociclistas, chegando a 30% no ano 2006. Em relação aos homicídios a arma de fogo está relacionada com 80% das mortes, que geralmente ocorre em local não especificado.

Em publicação da Agência Brasil, de 02 de março de 2007, (www.agenciabrasil.gov.br) o artigo de Andrade e Richard., que relacionou violência, evasão escolar e desemprego em jovens, a partir dos dados do Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros (OEI, 2004), com os resultados do Relatório de Desenvolvimento Juvenil, divulgado em 2006, concluiu que os estados mais violentos, com exceção do Espírito Santo, têm um número de jovens desocupados acima da média nacional, que é de 19,8%.

“Segundo o oficial de programas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef, 2007), Mario Volpi, “Eles são muito mais vítimas do que autores das infrações”. Para ele, a desocupação não é um “componente forte” para explicar o fato de os jovens terem se tornado as principais vítimas da violência no país”.

A mortalidade Infantil tem se apresentado sem grandes alterações nos últimos anos, permanecendo em queda nos dois componentes: neonatal e pós-neonatal, mas com significativa instabilidade para a pós-neonatal nas projeções para 2010. As projeções se farão próximas ao real se forem mantidas as condições sócio-econômicas atuais, que para a mortalidade infantil são decisivas.

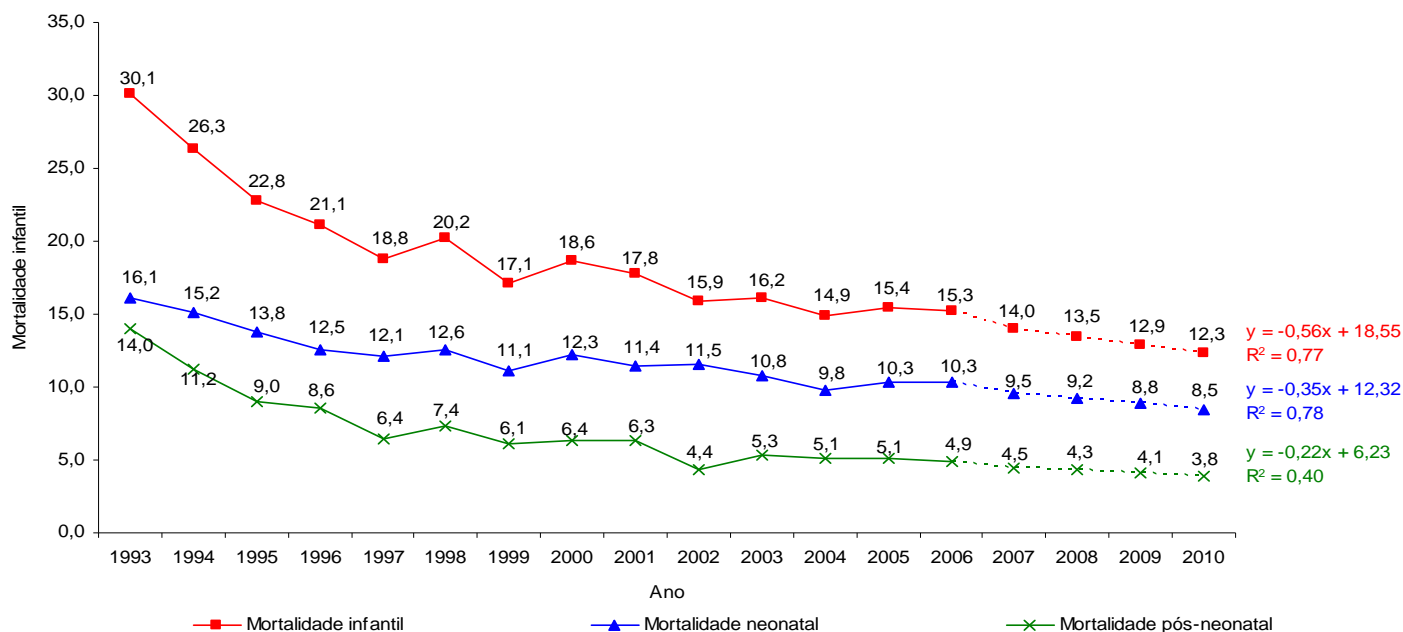


Figura: Mortalidade infantil, de 1993 a 2006 e previsão para 2007 a 2010 (*) - ES

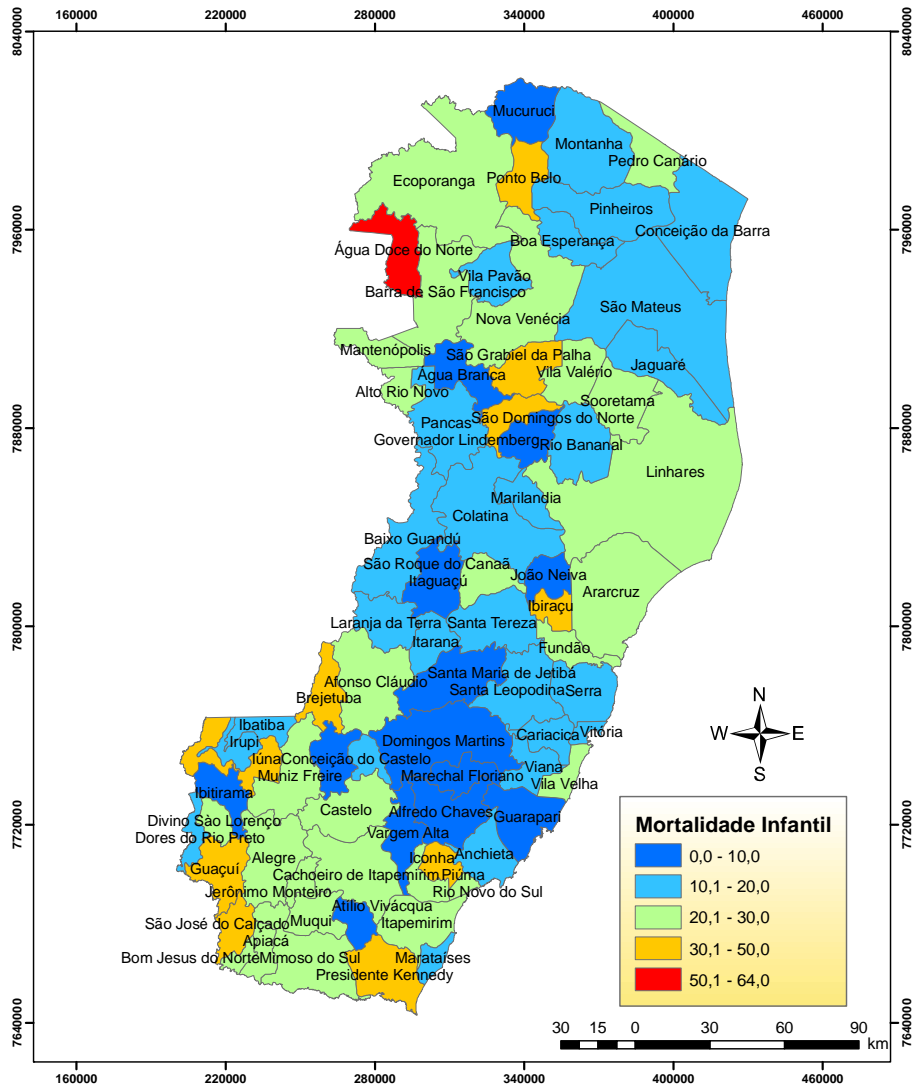
Fonte: SESA - ES/GEPI/NASTS - Dados retirados do SINASC e SIM estadual

(*) Considerando os anos de 2000 a 2006

Na distribuição dos óbitos por municípios, na Macrorregião Sul foi a que concentrou os maiores Coeficientes de Mortalidade Infantil – CMI, no ano 2006, perfil este que vem se mantendo nos últimos anos. É uma região de concentração de coeficientes considerados médios e altos. Na Macrorregião Norte o coeficiente se localizou entre 30 e 50 mortes/1000 NV em Jaguaré e Marilândia considerados coeficientes altos de acordo com os parâmetros da Organização Mundial da Saúde. Dois municípios da Macrorregião Sul possuem CMI muito altos sendo necessários uma investigação criteriosa dos casos, são eles Irupi e Bom Jesus do Norte. A mortalidade neonatal, no seu componente neonatal precoce tem sido estudada com mais detalhamento no Estado do Espírito Santo, por refletir mais

diretamente a qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e estes resultados apontam, nos últimos anos que a redução do coeficiente da mortalidade infantil não parece vir acompanhada de uma sensível melhora na rede de cuidado e/ou qualidade de vida de sua população.

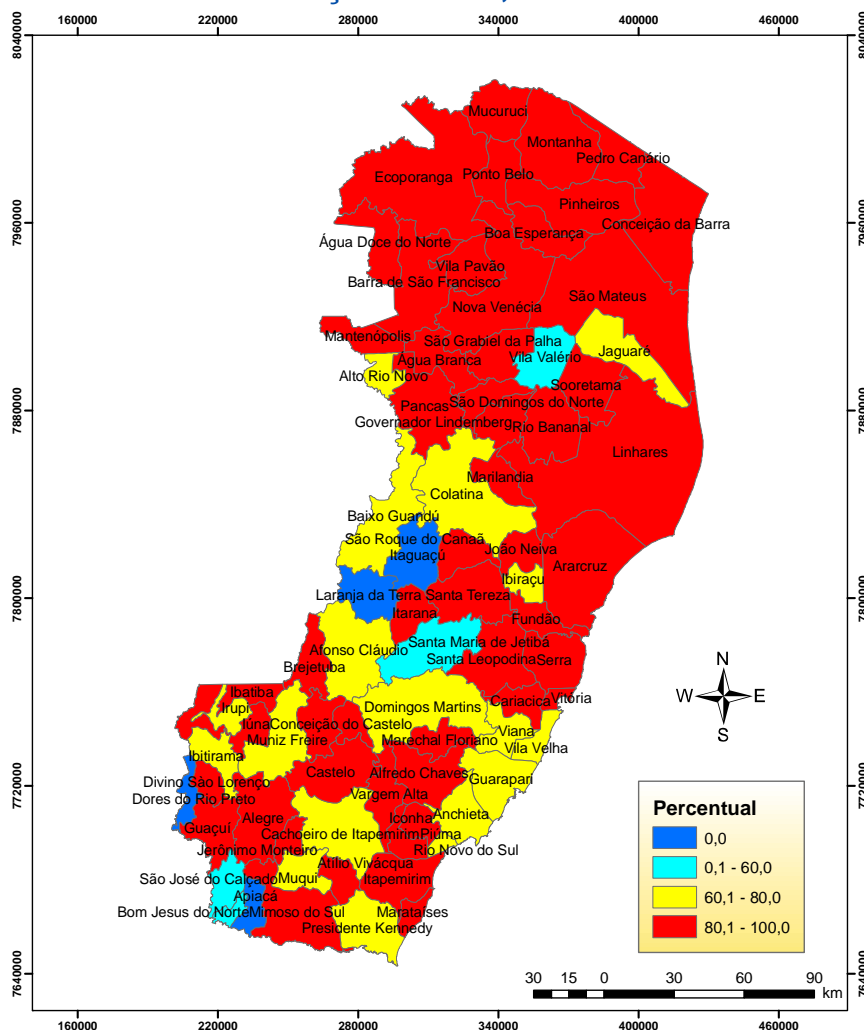
Mortalidade infantil, por município do ES - 2000



A classificação de evitabilidade remete a interpretação de causas que poderiam ser evitadas, neste momento, de acordo com o desenvolvimento tecnológico em saúde e com a intervenção em tempo oportuno.

Estas intervenções são categorizadas pela Fundação SEADE nos seguintes eixos:

Óbitos evitáveis em menores de 1 ano, segundo fundação SEADE, ES - 2006



- Redutíveis por imunoprevenção;
- Redutíveis por adequado controle da gravidez;
- Redutíveis por atenção ao parto;
- Redutíveis por diagnóstico precoce; e
- Redutíveis por outras parcerias.

Estas causas, quando monitoradas, são capazes de avaliar a inadequação do sistema de cuidados oferecidos às gestantes, tanto na estrutura dos serviços até a qualidade dos procedimentos, dependentes da qualificação profissional.

A Macrorregião Norte foi a que concentrou o maior número de municípios onde causas de morte poderiam ser evitadas em 80 a 100% das ocorridas.

Em publicação recente de revisão de literatura, Malta et al (2007), propõe nova classificação de evitabilidade por intervenções no âmbito do SUS, que contempla as

crianças menores de 5 anos e uma segunda classificação para maiores de 5 anos e menores de 75 anos.

Percentual de Óbitos por capítulos do CID-10 em crianças menores de 1 ano, de 2006 e previsão para 2007 a 2010 – ES

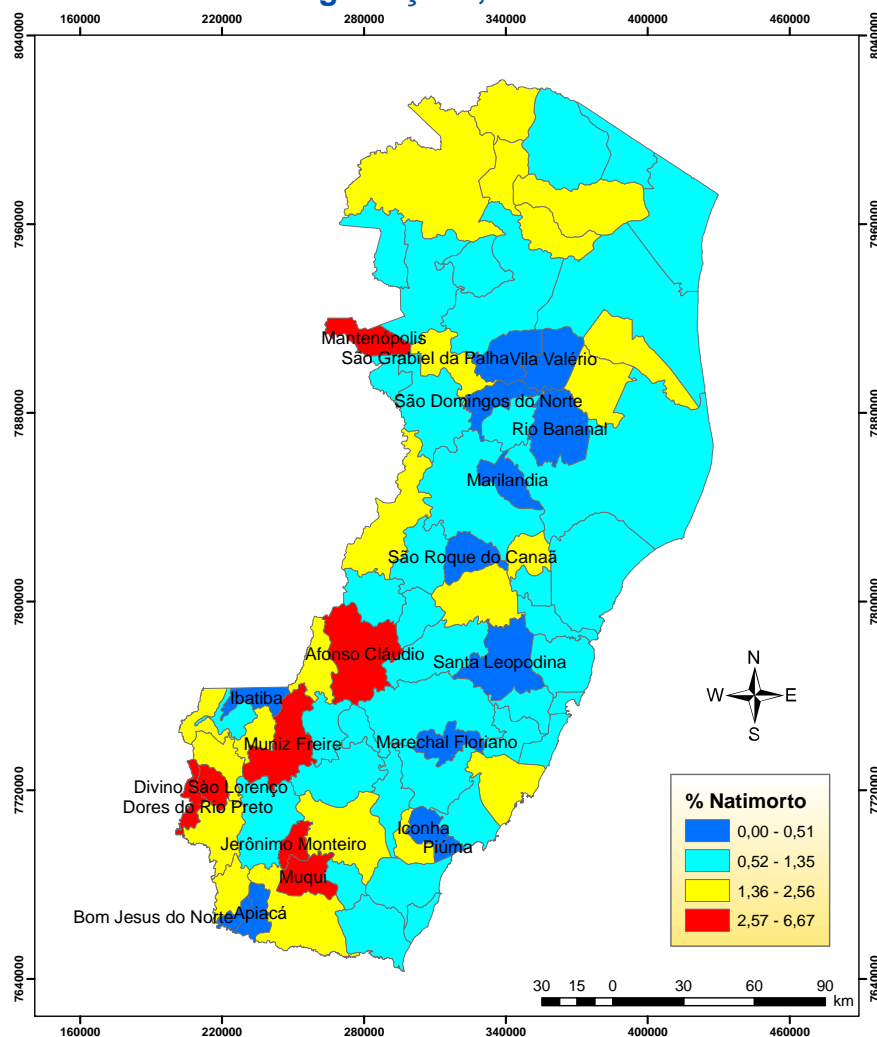
Causa (Cap CID10)	2006	2007	2008	2009	2010	R ²
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,01	3,92	3,53	3,06	2,50	0,48
II. Neoplasias (tumores)	0,65	0,54	0,58	0,63	0,67	0,14
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,00	0,31	0,26	0,21	0,15	0,03
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,29	1,59	1,40	1,17	0,90	0,11
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
VI. Doenças do sistema nervoso	2,33	2,37	2,53	2,70	2,88	0,16
VII. Doenças do olho e anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,13	0,10	0,12	0,14	0,16	0,11
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	1,68	1,67	1,79	1,91	2,04	0,22
X. Doenças do Aparelho Respiratório	5,56	4,93	4,98	5,01	5,00	0,04
XI. Doenças do aparelho digestivo	1,16	1,57	1,72	1,89	2,07	0,43
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,00	-0,12	-0,22	-0,33	-0,45	0,52
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,00	0,06	0,07	0,08	0,09	0,03
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,00	-0,08	-0,19	-0,31	-0,44	0,30
XV. Gravidez parto e puerpério	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	58,21	56,87	56,38	55,48	54,07	0,00
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	17,59	20,31	21,41	22,55	23,69	0,53
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4,53	1,67	0,62	0,00	0,00	0,64
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2,85	4,29	5,01	5,81	6,67	0,69
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

Fonte: SESA/GEPDI/NASTS/SIM

A maior causa de morte infantil no ES, está concentrada no Cap. XVI do CID 10, Algumas Afecções no Período Perinatal, e entre todas as causas do Capítulo é o grupo P, 20- P25, responsável pela maioria das causas neonatais precoces. A segunda causa de morte são as anomalias congênitas que se destacam principalmente na Macrorregião Norte. Pela análise da série histórica de 2000 a 2006, a causa externa tenderá ao aumento significativo a partir de 2008 se mantidas as condições que em 2006 caracterizam as circunstâncias de morte das crianças.

Os óbitos fetais não são conhecidos pelos serviços de saúde, apenas as mortes neonatais precoces são mais estudadas, porque representam a parte visível do problema. Porém, as mortalidades fetais, juntamente com a mortalidade neonatal precoce, partilham as mesmas circunstâncias e etiologias que influenciam no resultado para o feto, no final da gestação, e para a criança nas primeiras horas e dias de vida.

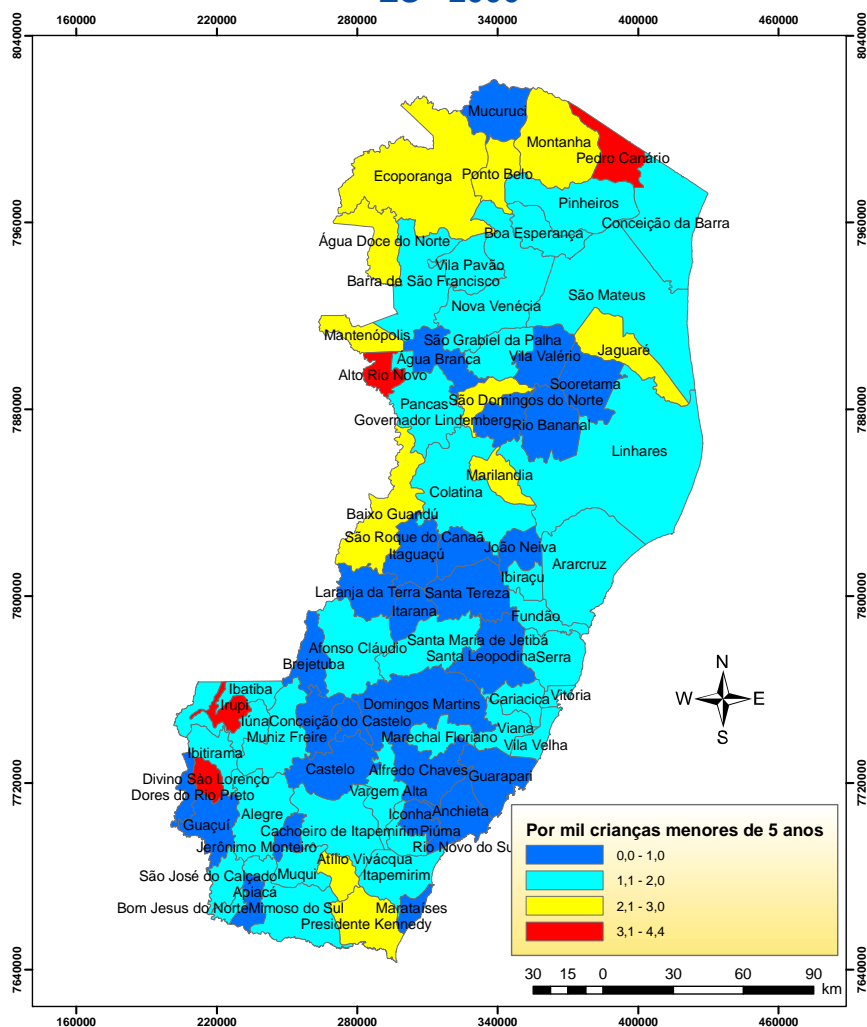
Percentual de natimortos dentre todas as gestações, ES - 2006



Diversos estudos apontam fatores maternos associados à mortalidade fetal e neonatal, quais sejam: a idade elevada da mãe, presença de morbidade materna e as condições de saúde reprodutiva, em especial a ocorrência de natimorto prévio. Complexa cadeia causal explica a mortalidade perinatal, onde a prematuridade e o crescimento intra-uterino retardado - CIUR, com ou sem baixo peso, são os determinantes proximais desencadeados por fatores intermediários ou distais, onde os mais importantes são os fatores sócio-econômicos, assistência pré e perinatal. Os maiores Coeficientes de Natimortalidade no Espírito Santo estão localizadas na Microrregião de Guaçuí.

Segundo o UNICEF (2007), no Brasil, a Taxa de Mortalidade entre crianças menores de cinco anos caiu de 59,6 para 31,1 por mil nascidos vivos entre 1990 e 2005, o que significa que mais de 20 mil óbitos de crianças foram evitados. Ao se representar o indicador de risco de mortes em crianças menores de 5 anos no ES, as maiores causas em 2006 estão relacionadas às Causas Externas,

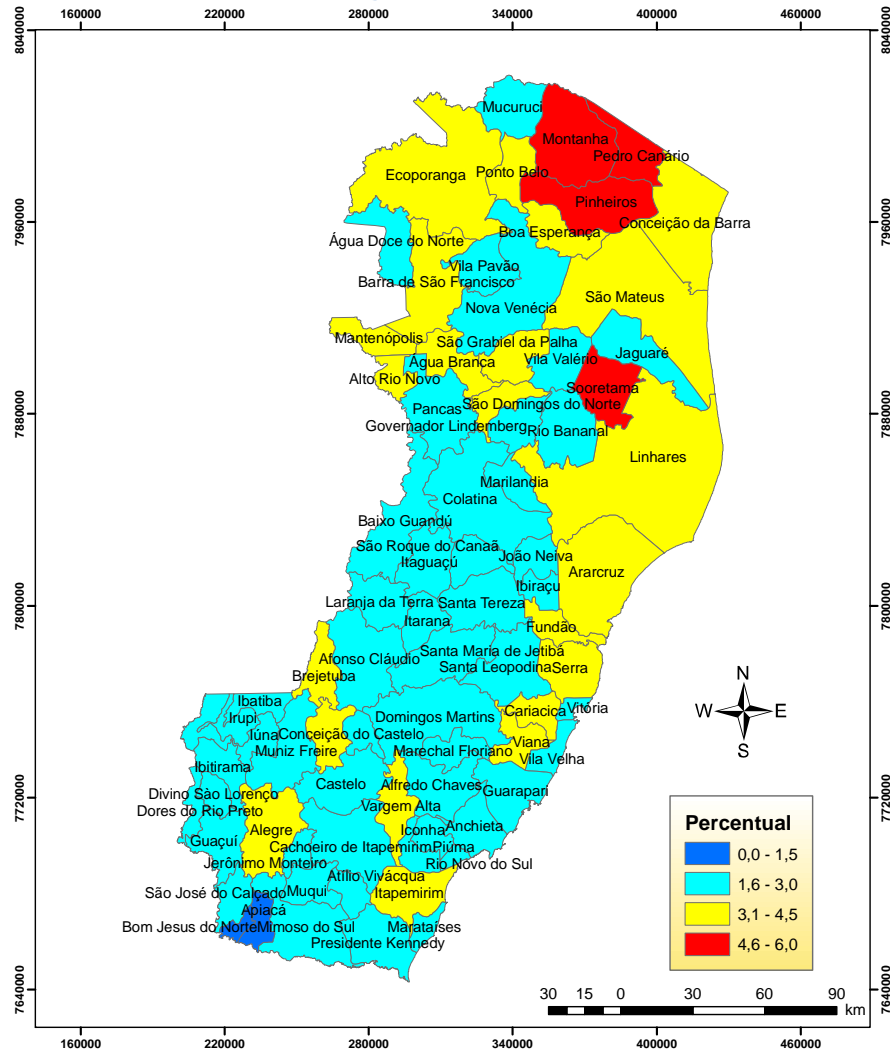
Mortalidade em crianças menores de 5 anos, ES - 2006



seguidas das Doenças Infecciosas e Mal Formações Congênitas, com projeção para 2010 nesta mesma distribuição. Como quarta causa de mortalidade estão os agravos relacionados ao Aparelho Respiratório e ao Sistema Nervoso.

A gravidez na adolescência se transforma em problema de saúde quando maior autonomia e liberdade sexual entre os/as adolescentes, transformam os padrões de comportamento, mas estes não encontram suporte para a vivência dessa liberdade/ autonomia de forma assistida e segura. Há uma ausência de programas de saúde

Percentual da população feminina de 10 a 19 anos grávida, ES - 2006



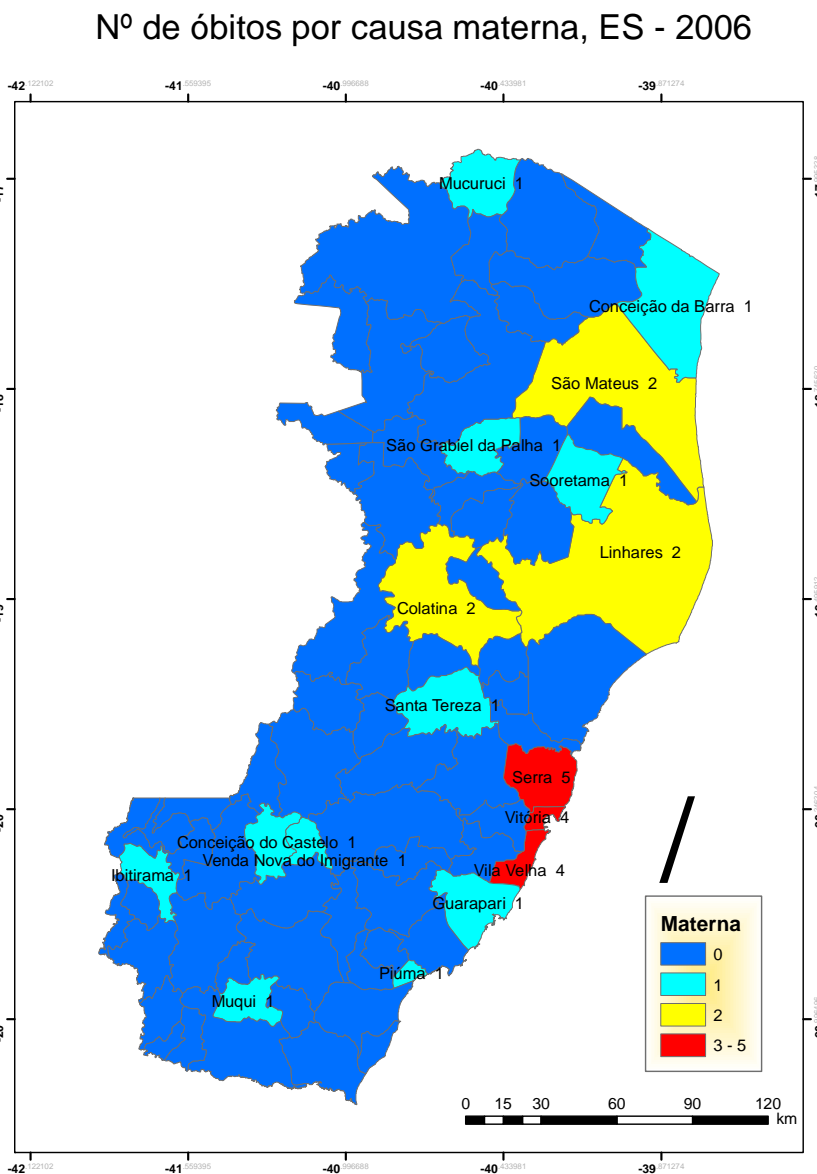
voltados para a orientação sexual e reprodutiva para a população em geral e, também, para os jovens que muitas vezes se vêem grávidos sem possibilidade de escolha. O aborto neste momento pode ser uma prática e de grande risco a vida. O maior percentual de mães adolescentes na população geral se dá em municípios com IDH baixos, na Macrorregião Norte, não sendo esta região a que concentra as maiores taxas de mortalidade infantil ou de natimortalidade. Apesar das repercussões sociais e os diversos projetos no plano da educação para a saúde, o conceito de vulnerabilidade, tomado do movimento de Direitos Humanos utilizados pelos pesquisadores brasileiros como Ayres, 1996; Villela, 1996; Paiva, 1996; Ayres, Calazans e França Junior, 1998, propõem ampliar o campo das reflexões para além do comportamento individual, como produto da interação de múltiplos fatores sociais, econômicos, culturais e políticos.

Chama atenção o município de Bom Jesus do Norte que apresenta o menor percentual de adolescentes grávidas, menor Coeficiente de Natimortalidade e um dos maiores Coeficientes de Mortalidade Infantil.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, define morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez. A grande maioria das mortes maternas estão qualificadas no Cap. XV, diretamente dependentes da qualidade da assistência no pré-natal e durante o parto, que está sob a responsabilidade

da instituição de saúde e do profissional que presta o atendimento.

No Espírito Santo a mortalidade materna ainda é uma realidade. A série histórica do Estado indica que este índice situa-se em uma faixa média, com valores entre 20 a 49 por 100.000 NV, de acordo com parâmetros estabelecidos pela OMS. No ano de 2005 foi de 53,84 por 100.000 nascidos vivos, considerada alta em relação aos mesmos parâmetros.



Razão de mortalidade materna

Município PDR/ES	2002	NV	RMM	2003	NV	RMM	2004	NV	RMM	2005	NV	RMM
Macro Norte	6	15172	39,55	6	14586	41,14	14	14607	95,84	6	14613	41,05
Micro S.M	5	4528	110,42	2	4466	44,78	6	4208	142,59	2	4404	45,41
Micro Colatina	1	5823	17,17	3	5631	53,28	5	5841	85,60	2	5570	35,91
Micro Linhares	0	4821	0,00	1	4489	22,28	3	4558	65,82	2	4639	43,11
Macro Centro	10	30078	33,25	11	29323	37,51	14	29773	47,02	17	29135	58,35
Micro Vitória	2	11704	17,09	4	11299	35,40	5	11577	43,19	8	11160	71,68
Micro Serra/ ST	3	8043	37,30	4	7855	50,92	4	8088	49,46	7	8032	87,15
Micro V. V	5	10331	48,40	3	10169	29,50	5	10108	49,47	2	9943	20,11
Macro Sul	5	9125	54,79	4	8869	45,10	4	8305	48,16	5	8257	60,55
Micro C.I	5	6257	79,91	2	6070	32,95	4	5734	69,76	2	5687	35,16
Micro Guaçu	0	2868	0,00	2	2799	71,45	0	2571	0,00	3	2570	116,73
Total	21	54375	38,62	21	52778	39,79	32	52696	60,73	28	52009	53,84

Fonte: SESA/GEPDI/NASTS/SIM/SINASC

Segundo o quadro de óbitos maternos no ES entre os anos de 2000 a 2005, a Macrorregião Sul possui os maiores percentuais entre todas as demais regiões. Essa situação deve ser mais bem investigada considerando que este fato pode ter influência do local onde ocorreu o óbito, indevidamente interpretado, já que os locais de residência da parturiente seriam os geradores de riscos. Esta interpretação se desloca para o ambiente hospitalar quando o acesso à assistência especializada não é garantido à mãe com gravidez considerada de alto risco.

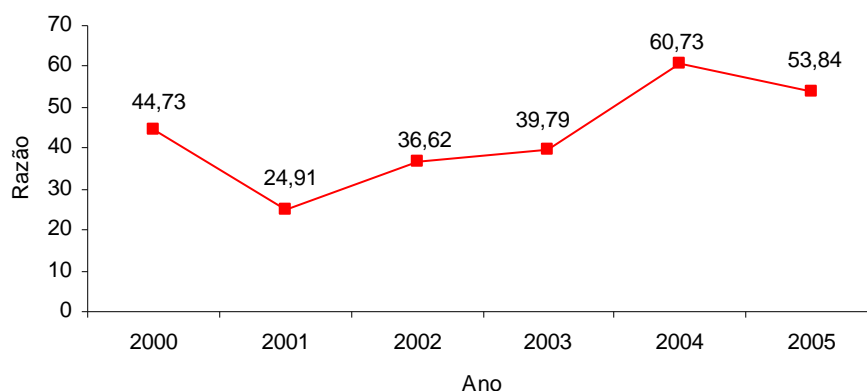


Figura: Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, Espírito Santo - 2000 a 2005

Fonte: SESA-ES/GEPDI/NASTS/SIM/SINASC estadual

A grande maioria das mortes maternas foi ocasionada por causas diretas - hipertensão arterial e as hemorragias (CID 10), onde estão incluídos os estados hipertensivos, as toxemias e pré-eclâmpsia e as eclâmpsias, as hipertensões pré-existentes, a toxemia, sobreposta à hipertensão prévia, e as hipertensões transitórias da gravidez.

4.1 - Morbidade por agravos transmissíveis.

Um grande número de doenças transmissíveis está controlado em todos os estados brasileiros. A poliomielite encontra-se erradicada e para o sarampo esta meta está prevista pelo Ministério da Saúde, para ser atingida ainda nesta década. O controle efetivo da raiva humana transmitida por animais domésticos, da rubéola congênita, do tétano neonatal e as demais consideradas imunopreveníveis, estão na dependência das coberturas vacinais em todo território nacional. No Espírito Santo, apesar de altos percentuais de coberturas vacinais, estas não se distribuem homoganeamente, favorecendo a persistência de surtos localizados, como exemplo os de rubéola. Para que o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle se efetive, há necessidade de uma rede assistencial organizada para o diagnóstico e tratamento dos doentes.

Percentual Cobertura vacinal % por tipo de imunobiológico- ES- 2005

IMUNOBIOLÓGICOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005
BCG (BCG)	106,1	106,6	108,6	110,0	110,1	107,1
*Contra Febre Amarela (FA)	46,0	21,9	4,1	6,0	26,7	34,1
**Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	92,3	94,1	26,9	2,0	0,3	0,2
Contra Hepatite B (HB)	97,8	98,5	102,7	108,1	105,2	101,6
Contra Influenza (Campanha) (INF)	72,4	77,8	80,4	88,6	91,2	90,0
***Contra Sarampo	103,8	102,3	100,1	3,8	-	-
Dupla Viral (SR)	-	-	-	-	-	-
Oral Contra Poliomielite (VOP)	108,5	109,8	114,9	119,5	112,2	110,5
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	106,3	104,7	103,0	105,6	102,1	99,6
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	104,5	106,0	103,3	103,4	103,6	100,3
Oral de Rotavírus Humano (RR)	-	-	-	-	-	-
Tetravalente (DTP/Hib) (TETRA)	-	-	74,5	112,0	109,1	105,8
**Tríplice Bacteriana (DTP)	100,1	101,3	31,9	2,1	0,5	-
Tríplice Viral (SCR)	68,7	99,8	101,0	126,2	113,6	108,5

Fonte: SESA/GEVS/PNI

*A vacina contra a febre amarela é aplicada na rotina em 39 municípios considerados de risco potencial e nos viajantes para áreas de risco.

** As vacinas contra o Haemophilus influenzae tipo B (Hib) e a vacina Tríplice Bacteriana (DTP) foram gradativamente sendo substituídas pela vacina Tetravalente (DTP + Hib combinadas) a partir de 2002.

*** A vacina contra o sarampo deixou de ser aplicada em 2003 nas crianças aos 09 meses de idade e vacina Tríplice Viral (SRC) foi antecipada de 13 para 12 meses.

Com a transição epidemiológica e o desenvolvimento tecnológico em saúde, espera-se que as doenças como hanseníase e tuberculose vão desaparecendo do perfil do Espírito Santo como aconteceu no mundo desenvolvido.

A tendência da prevalência da hanseníase é de queda. No início da década de 90, este coeficiente era de 33,33/10.000 hab., caindo ao final de 2006 para 3,69/10.000 hab.. Apesar da queda, o Estado ainda encontra-se bem distante da meta de eliminação da doença, qual seja, menos de um caso por 10.000 hab.

Quanto à detecção, também aparenta ser de queda a partir de 2003, sugerindo intensificação nas atividades de busca de casos, para que se possa confirmar se esta tendência é real.

Altos coeficientes de detecção em menores de 15 anos indicam grande circulação do bacilo na comunidade. No ano de 2006, 104 casos foram diagnosticados nesta faixa etária, reforçando a necessidade de atividades de busca de casos.

A hanseníase é uma doença potencialmente incapacitante. Em média 40 pessoas recebem alta por cura anualmente, apresentando alguma incapacidade física, necessitando de atenção especial. Além da implementação de estratégias para a prevenção destas incapacidades, é imprescindível articular ações de reabilitação para as já instaladas. Outro ponto importante é dar continuidade à política de reestruturação do antigo Hospital Colônia Dr. Pedro Fontes.

O Estado possui, no mínimo, uma unidade de saúde com programa de hanseníase implantado em cada município, necessitando intensificar a política de descentralização, facilitando o acesso do usuário.

No contexto da região sudeste, o ES tem a menor cobertura do Programa de Controle da Tuberculose por Unidade de Saúde (26,95%) e a menor cobertura por unidades de saúde com oferta de tratamento supervisionado - dose assistida (22%). A detecção de casos novos de tuberculose vem se mantendo estável ao longo dos últimos 5 anos e em média 10% abaixo do esperado

O percentual de abandono de tratamento vem diminuindo ao longo da última década, ficando em torno de 6% atualmente. Quanto ao percentual de cura ainda não conseguiu

atingir a meta de no mínimo 85% , índice que segundo estudos, seria capaz de quebrar a cadeia de transmissão e evitar o aparecimento de cepas de bacilos resistentes.

Em grandes regiões do mundo as epidemias se alastram e no Brasil as duas mais importantes epidemias são a Dengue e AIDS. Algumas epidemias guardam relação com a sazonalidade e anualmente são responsáveis por surtos delimitados a algumas regiões. No ES, principalmente a região norte, tem apresentado casos da Síndrome Febril Hemorrágica Aguda, estando sob estes diagnósticos os agravos que cursam com aparecimento de febre, hemorragia, icterícia como: meningites, malária, febre maculosa, dengue e etc.

A existência de casos de influenza humana e aviária e a ameaça de uma pandemia, tem sido preocupação do Governo Federal/MS, que publicou um Plano de Contingência para o Brasil e para os estados. O Espírito Santo tem realizado o fortalecimento da Vigilância Epidemiológica e a adequação do Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN, para a detecção imediata dos casos.

O Programa Estadual de Controle da Dengue – PECD, da Secretaria de Estado da Saúde registrou, entre janeiro e outubro de 2007 (43ªSE), 8.168 casos de dengue, o que equivale a uma incidência de 238,11/100.000hab. Na região Sudeste foram 164.542 casos de dengue até setembro de 2007. Neste contexto, verifica-se que o decréscimo da doença deve-se a uma grande redução do número de casos nos municípios da Região Metropolitana de Vitória, excetuando Serra, Viana e Guarapari, que mantêm elevada notificação. Alguns municípios do interior do Estado apresentam elevados coeficientes de incidência, demonstrando que a doença encontra-se em fase de expansão para o interior, fenômeno verificado em todo o país com coeficiente de incidência acima de 300 casos por 100.000 habitantes, sendo considerados alta incidência pelo MS.

Os quinze municípios com maior incidência em 2007 (dados consolidados até a 43ª SE) foram: Bom Jesus Norte, Piúma, Nova Venécia, Muqui, Pedro Canário, Apiacá, Guarapari, Anchieta, Serra, Guarapari, Conceição da Barra, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Atílio Vivacqua e Viana.

A grande preocupação está na introdução do Vírus 4 e a possibilidade de Febre Hemorrágica da Dengue, com letalidade muito alta nas populações já expostas a outros tipos de vírus, necessitando de profissionais alertas para o diagnóstico precoce dos casos.

No período de 1985 até julho de 2007, foram notificados 5.659 casos de AIDS à Coordenação Estadual, com uma média anual de casos de 458. A distribuição por sexo é 62,5% entre os homens e 37,5% entre mulheres, sendo 317 casos em crianças menores de 13 anos de idade.

A faixa etária mais atingida é de 20-49 anos com 82,2% dos casos notificados, mas chama atenção o aumento de casos na população acima de 50 anos, em ambos os sexos.

A categoria de exposição mais expressiva é a sexual representando 67,1% dos casos notificados. Nos homens com mais de 13 anos, a série histórica mostra crescimento da epidemia em heterossexuais com 60,3% dos casos e diminuição entre os homossexuais (28% em 2000 e 23,8% em 2006) e nos usuários de drogas injetáveis (14,6% em 2001 e 4,7% em 2006). Nas mulheres com mais de 13 anos houve um aumento progressivo de casos entre as que se declararam heterossexuais (80,5% em 2000 e 81,1% em 2006).

A introdução de novos vírus se coloca como preocupação constante à medida que se estabelece uma nova distribuição mundial de agravos, onde aos antigos locais, já previstos, se somam aos novos, dando lugar às pandemias.

Diante desse cenário e da necessidade de aperfeiçoamento do serviço de recebimento, processamento e resposta oportuna aos surtos e emergências em Saúde Pública, a SESA implantou, na Gerência de Vigilância em Saúde, no ano de 2007, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – CIEVS, com o principal objetivo de monitorar e avaliar os surtos e emergências em saúde pública, de modo contínuo e sistemático, investigando, elucidando os agentes responsáveis e adotando medidas de prevenção e controle em tempo hábil, dos agravos de relevância estadual e programas prioritários da Vigilância em Saúde.

O surgimento de doenças transmissíveis que reduziriam sua incidência a partir da teoria da transição epidemiológica, não se concretizou, havendo necessidade de estruturas de vigilância para doenças emergentes e reemergentes, cada vez mais regionalizadas e articuladas com os serviços de diagnósticos e terapêuticas, capazes de detectar surtos precocemente e confirmar os diagnósticos. Exemplo disto é a Vigilância das Síndromes Febris Ictéricas ou Hemorrágicas Agudas (VESFIHA).

5 - O SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Com a edição da Norma Operacional da Assistência – NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002, que propôs a organização descentralizada da saúde apoiada na construção de um sistema de saúde resolutivo, ficou estabelecido e assegurado um modelo de instância de decisão compartilhada entre os gestores de saúde para que os limites administrativos não se tornassem empecilho à resolutividade do sistema. Para a Organização Pan-americana de Saúde (OPS), o sistema de saúde compreende a *“rede de serviços cujo objetivo é proporcionar um ótimo nível de saúde às pessoas, protegerem dos riscos de adoecer, satisfazer as necessidades individuais de saúde e distribuir de forma equitativa o nível de saúde”* (OPS, 2003).

A Lei Complementar nº. 317/2005 organizou o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo e estabeleceu que o modelo assistencial fosse regido pelas seguintes orientações estratégicas:

- Descentralização com microrregionalização;
- Estruturação a partir da atenção primária;
- Organização de sistemas integrados de serviços de Saúde.

O modelo de gestão tem suas estratégias e diretrizes configuradas a partir do Plano Diretor de Regionalização - PDR, publicado em 2003, no qual a Política de Saúde está direcionada para o fortalecimento dos municípios organizados em microrregiões e para a organização de sistemas integrados de serviços de saúde, constituindo redes de atenção à saúde, capazes de garantir o acesso da população a serviços e ações com integralidade e resolubilidade, fortalecendo a estruturação a partir da atenção primária. Foram considerados para a regionalização da atenção à saúde os seguintes critérios para garantia de acesso:

- Geografia – contigüidade territorial;
- Infra-estrutura – distância máxima em via pavimentada igual a 150 km;
- Densidade tecnológica – disponibilidade de recursos de tecnologia dura e leve-dura, segundo tipologia assistencial proposta;

5.1- Plano Diretor de Regionalização

O Plano Diretor de Regionalização - PDR - do Estado do Espírito Santo, publicado em 2003, apresenta a Política de Saúde direcionada para o fortalecimento dos municípios, organizados em microrregiões e para a organização de sistemas integrados de serviços de saúde constituindo-se em redes de atenção à saúde que garantam o acesso da população a serviços e

ações com integralidade e resolubilidade, fortalecendo a estruturação a partir da atenção primária.

O Sistema Estadual de Saúde compõe-se assim de 08 microrregiões e 03 macrorregiões, conforme demonstrado no mapa acima.

A regionalização desenhada no PDR tem como objetivos:

- Organizar os serviços de saúde para permitir o acesso da população à atenção primária em saúde e aos outros níveis de atenção, compatibilizando as referências com a produção de serviços em escala quando houver maior incorporação de tecnologia de produto;
- Melhorar a capacidade de gestão do SUS mediante o fortalecimento das instâncias macrorregionais (Superintendências Regionais), com redefinição de seus papéis e enfatizando a cooperação técnica com os municípios, e redefinindo sua localização geográfica;

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

Macrorregião Norte - Colatina - Linhares :

Microrregiões:

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

Macrorregião Centro - Vitória

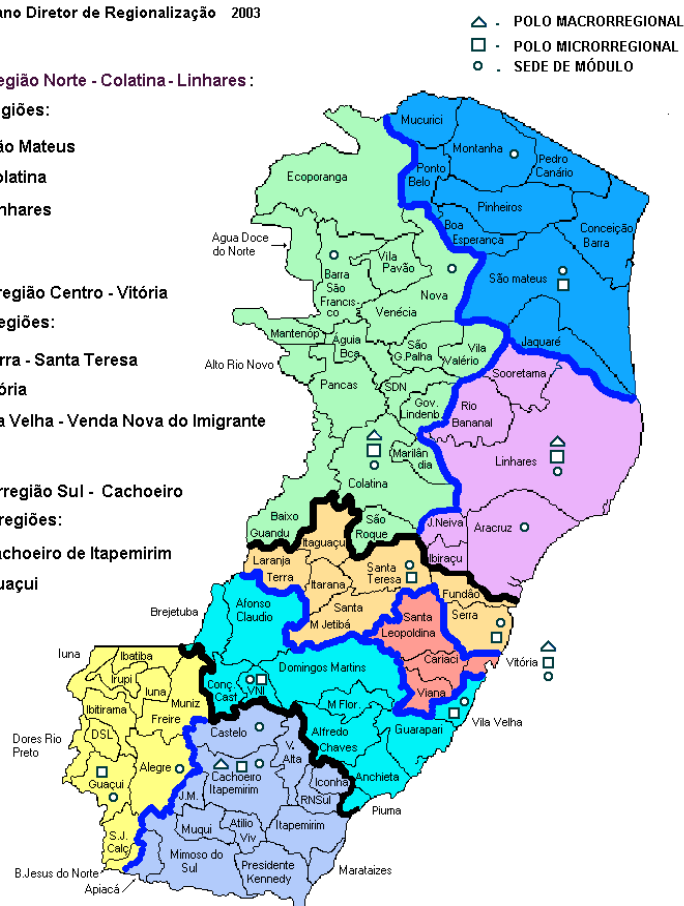
Microrregiões:

- Serra - Santa Teresa
- Vitória
- Vila Velha - Venda Nova do Imigrante

Macrorregião Sul - Cachoeiro

Microrregiões:

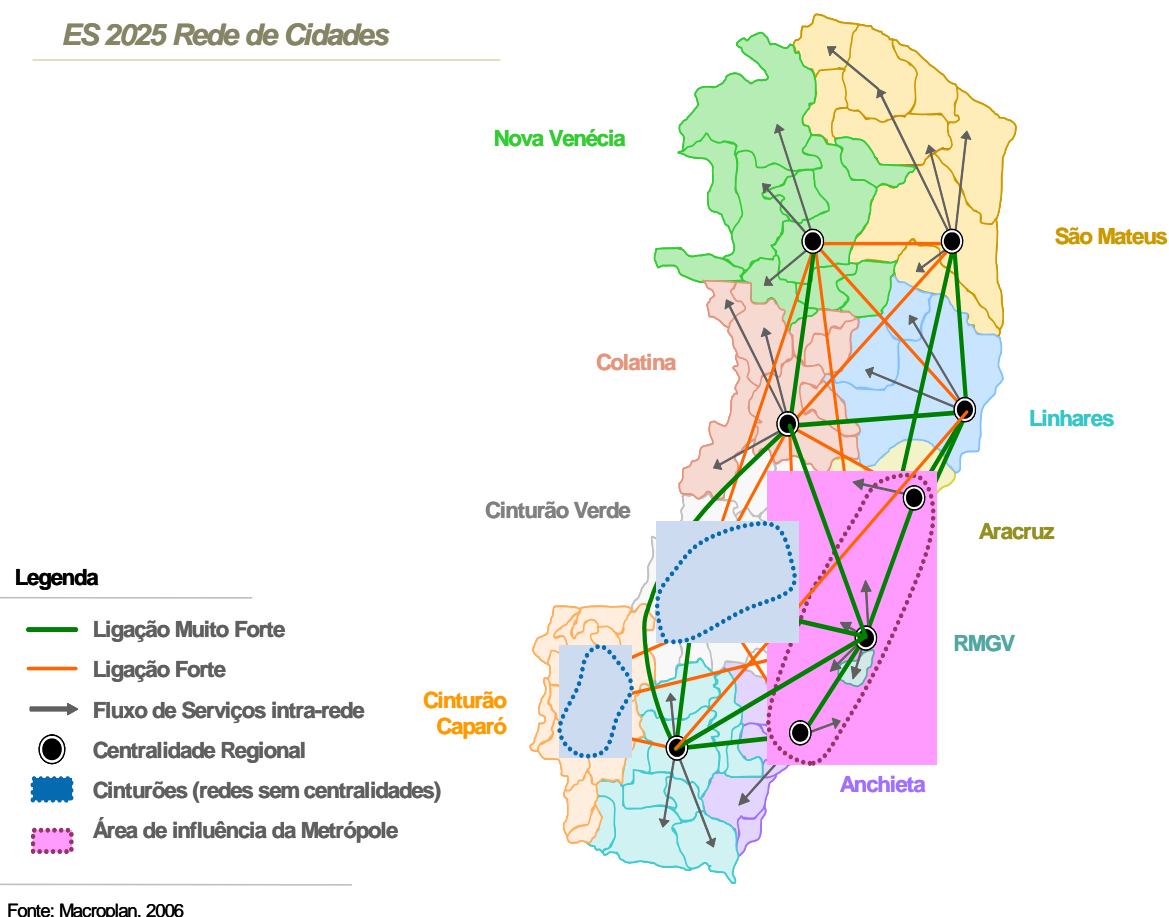
- Cachoeiro de Itapemirim
- Guaçuí



- Dispersão no território, da Atenção Primária em Saúde em razão do evidente benefício e da garantia de seu financiamento, e da exigência de baixa tecnologia de produto;
- Implantação de redes assistenciais, a partir da rede da mulher e da criança e da urgência e emergência à qual serão agregadas outras redes, mediante critério de prioridade. O estabelecimento das redes será feito mediante elaboração e implementação de protocolos e linhas guias;
- Implantar o Sistema de Regulação Estadual ao qual se vincularão as centrais de regulação microrregionais e macrorregionais, com foco no acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde.

Desde sua implantação, muitas discordâncias em torno da definição territorial se deram pelo referencial da compra de serviços de saúde à escolha dos gestores municipais. A redefinição dos territórios-processo será necessária a partir do momento de construção de redes de serviços, que qualificam os pontos de atenção em cada Microrregião e em cada macrorregião.

A distribuição dos investimentos estaduais em cada região estará atrelada à necessidade de desenvolver novas centralidades urbanas com capacidade de reter a população nas regiões fazendo parte do novo ciclo de desenvolvimento capixaba, com distribuição de serviços públicos de qualidade, capazes de redefinir novos pólos do PDR. Para coordenar o processo de amadurecimento da descentralização da saúde, as Superintendências Regionais de Saúde serão os condutores do sistema, com autonomia e a deliberação microrregional se dará através dos Colegiados Microrregionais.



De acordo com o perfil epidemiológico projetado para o futuro, há necessidade de mudança no sistema centrado nos agravos agudos e organização de um sistema que enfrente as doenças crônicas. Este novo sistema requer redes integradas de serviços de saúde constituídas pelos tres níveis de complexidade tecnológica. A resolubilidade do Sistema Estadual de Saúde terá como referência para a Atenção Primária o município, para a média complexidade a Microrregião de Saúde, prioritariamente, e para a atenção terciária a macrorregião de saúde.

5.2-Níveis de Atenção

Atenção Primária

A SESA vem desenvolvendo um conjunto de ações organizadas no Plano Diretor de Atenção Primária em cooperação com os municípios, que após um diagnóstico preliminar das equipes do Programa de Saúde da Família (461 equipes) nos 78 municípios, teve revelado a qualidade dos serviços e condições de trabalho dos profissionais, isto é a porta de entrada do Sistema Estadual de Saúde.

A partir deste diagnóstico foram estabelecidas como prioridades:

- Investimento de 18 milhões de reais para construção de Unidades Básicas de Saúde em 51 municípios em 2006 e em 2007, sob o mesmo referencial e como projeto prioritário de governo, foram repassados recursos financeiros para construção de 10 Unidades de Atenção Primária.
- Implantação de Protocolos e linhas guias acompanhados de um processo de Educação Permanente para profissionais de Saúde da Família que garantirão atendimento resolutivo a 80% das necessidades de saúde das populações.

O modelo arquitetônico de construção para este projeto foi desenvolvido na SESA tendo como objetivo o atendimento básico pelo Programa de Saúde da Família, podendo ser adotado por quaisquer municípios com diferentes perfis epidemiológicos, sem intervir na sua estrutura básica, que admite ampliações. Todo o projeto arquitetônico seguiu a lógica da humanização trazendo locais de esperas que antecedem as áreas de circulação. A forma do projeto a principio é um Núcleo Estratégico de saúde da Família- NESFS, para 2 equipes e beneficiará a cerca de 6000 pessoas.

Atenção Secundária e Terciária

Historicamente os serviços de saúde especializados se concentraram na região da Grande Vitória para onde ainda são encaminhados pacientes de muitos municípios. A SESA com vistas a facilitar o acesso descentralizado tem investido no credenciamento de novos serviços como, por exemplo, neurologia na Micro Linhares e Micro Cachoeiro, Cardiologia na Micro Linhares, nefrologia na Macrorregião Sul e Maternidade de Alto Risco na Macrorregião Norte.

No ano 2006 foram produzidas 44 mil consultas de especialidades médicas em cinco Centros de Especialidades:

- Macrorregião Centro - CRE Vitória e CRE Vila Velha
- Macrorregião Sul - CRE Cachoeiro
- Macrorregião Norte - CRE Colatina - CRE São Mateus.

Estas consultas e procedimentos distribuídos em forma de cotas, para cada município está estabelecida na Programação Pactuada Integrada (PPI da Assistência) e tem sido motivo de

grandes debates tendo em vista que as consultas ofertadas não possuem suficiência para cobrir as necessidades de toda a população estadual. Distribuída aos municípios, agendadas pelos Centros Regionais de Especialidades, não possuem um sistema informatizado de acesso à marcação de consultas, sendo feita via telefone. As especialidades, não oferecidas nos centros, são compradas dos prestadores, filantrópicos e privados, pelas Superintendências Regionais de Saúde e pelo o nível central estadual, quando se caracteriza demanda reprimida. Não existe um sistema de controle da PPI sendo acompanhada nos sistemas de informação SIH/SUS, SIA/SUS e APAC.

Para algumas redes de atenção, os CRES como modalidade de serviço, são fundamentais para resolutividade da Atenção Primária, de apoio diagnóstico e terapêutico e sua capacidade instalada deverá ser adequada ao perfil epidemiológico microrregional.

Outra modalidade de prestação de serviço especializado se dá na gestão municipal através a criação de consórcios intermunicipais que atualmente estão em funcionamento.

Da mesma forma que o Estado tem trabalhado para ampliar a oferta de serviços ambulatoriais especializados, tenta recuperar a rede hospitalar própria e conveniada. Possui uma rede própria com 16 hospitais, sendo que os de maior incorporação tecnológica e complexidade de serviços estão localizados na Região Metropolitana da Grande Vitória.

Distribuição de hospitais classificados por número de leitos em 2006

Nº de leitos	Estadual	Municipal	Universitário	Complementar	Total
Maiores que 100	5	0	1	3	9
de 51 a 100	7	2	0	23	32
de 2 a 50	4	8	0	34	46
Total	16	10	1	60	87

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – DATASUS/MS

O ES possui 87 hospitais com um total de 5.582 leitos (IBGE – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005), 16 hospitais são estaduais, e 53% do total são hospitais com menos de 50 leitos, baixa concentração tecnológica e com pouca capacidade de atendimento á população.

Com o propósito de melhorar a eficiência e eficácia das unidades hospitalares públicas, a SESA está implementando o Programa de Perfilização da Atenção Prestada pelos Hospitais Públicos Estaduais, que se baseia na caracterização de cada hospital, principalmente na sua capacidade de ofertar internação e procedimentos, baseado na referência de que para terem qualidade há necessidade do referencial quantitativo (Mendes 2001). A proposta de perfilização da atenção prestada pelos hospitais públicos estaduais do Espírito Santo esta em consonância com a política de implantação de redes assistenciais que possibilitam a organização do fluxo assistencial e a programação dos investimentos futuros inclusive na rede hospitalar. Estão atualmente incluídos no programa os hospitais: Central de Vitória, Dr. Dório Silva, São Lucas e Infantil Nossa Senhora da Glória e deverá se estender a todos os hospitais estaduais, sendo urgente a definição para os hospitais de pequeno porte.

O programa tem por objetivos:

- Reorganizar os recursos próprios hospitalares do Estado;
- Ampliar a oferta de serviços hospitalares especializados;
- Melhorar a eficiência e a efetividade dos serviços hospitalares prestados;
- Aumentar a produtividade e cobertura dos hospitais e,
- Ampliar o acesso da população ao atendimento hospitalar de alta complexidade.

Em 2007 a qualificação da assistência pela SUS-ES, teve entre as estratégias o contrato de metas com hospitais conveniados e contratados, totalizando a contratualização de 16 hospitais sendo 2 hospitais universitários e um projeto especial de financiamento, com o objetivo de melhorar a taxa de ocupação dos leitos na rede filantrópica, aumento da capacidade instalada das microrregiões de saúde incluindo a adequação estrutural de unidades hospitalares para abertura de leitos de UTI, cuidados intensivos de enfermagem e ampliação da oferta de procedimentos de alta complexidade.

Como produto deste processo, incluído no Pacto de Gestão, deverá ser estabelecido uma nova PPI e um Plano Diretor de Investimento para nortear todos os investimentos estaduais, em cada Microrregião de saúde, de acordo com o Plano Estadual Microrregional, a partir de 2008 até 2011.

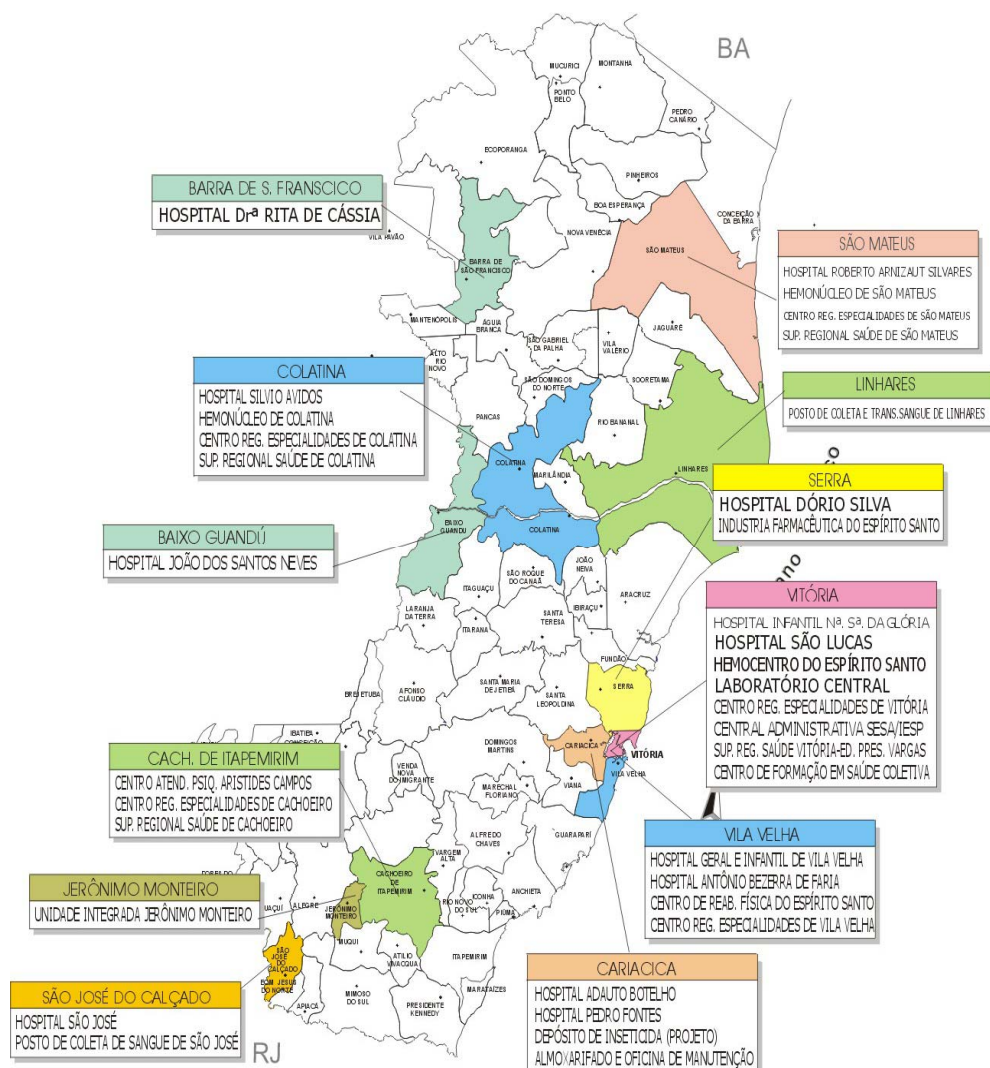
Número de Hospitais e Leitos no Espírito Santo, por especialidade – 2006

Públicos	Nº Hosp.	Cirúrgica	Obstetrícia	Pediatria	Psiquiatria	Clinica Médica	Comple. (*)	Total
Público Estadual	16	442	67	375	241	396	121	1.642
Público municipal	11	68	74	90	0	152	8	392
Universitário	2	205	77	77	2	204	61	626
Filantrópico	45	519	531	415	8	859	75	2.407
Privado	15	129	84	141	402	129	12	897
Sub-total	60	648	615	556	410	988	87	3.304
Total	89	1.363	833	1.098	653	1.740	277	5.964

Fonte: Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

(*)Leitos de UTI, Unidades intermediárias e isolamento

Distribuição Regional dos Serviços Estaduais



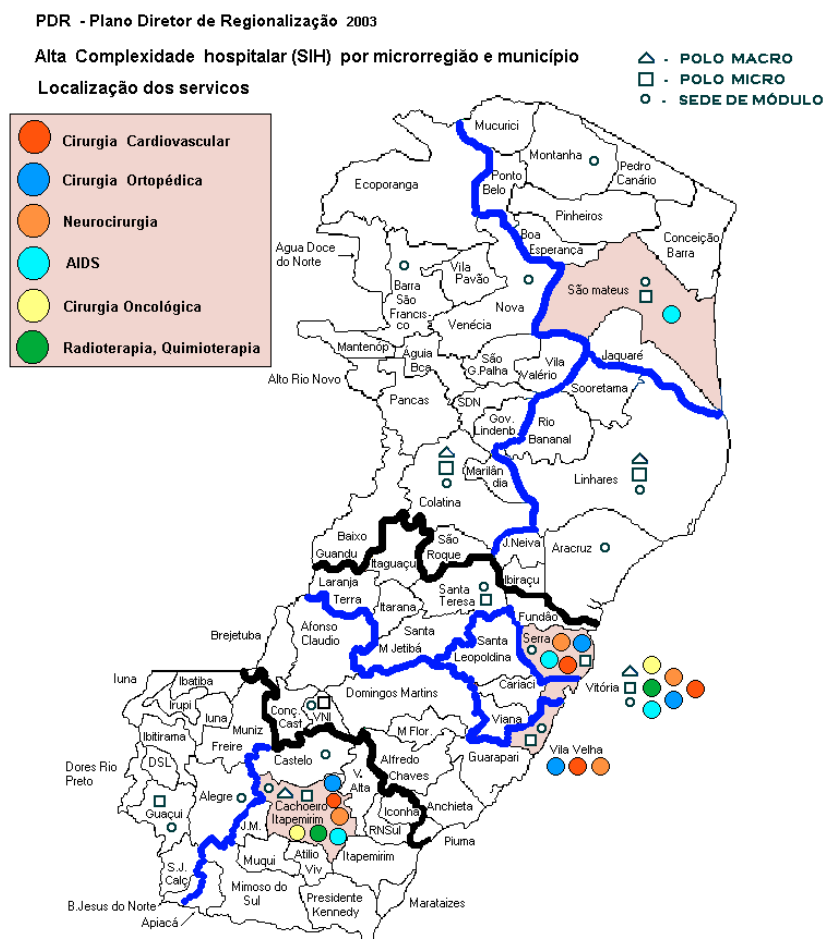
Os serviços especializados ainda em gestão estadual, se encontram concentrados na Macrorregião Centro-Vitória, com características de prestação de serviços hospitalares de excelência, ambulatorial e os especiais que também direcionam as políticas em áreas específicas da atenção á saúde como: CREFES (Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo), HEMOES (Hemocentro

do ES), Ambulatório de Acupuntura, CAPs. Cidade, Serviço de Verificação de Óbitos, Central de Captação de Órgãos, TOXEN e SAMU 192 e CREFES (Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo).

- **Centro de Referências em Saúde do Trabalhador**

Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CEREST-ES encontra-se inserido na SESA/GEVS e desde 09/05/2003 compõe a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador - RENAST do Ministério da Saúde.

O CEREST-ES tem como objetivo modificar o perfil de morbi-mortalidade do trabalhador no âmbito estadual, dentro de um enfoque epidemiológico e tem como finalidade articular e efetivar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores independente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho.



Apresenta-se como uma ferramenta estratégica e um pólo irradiador na disseminação das práticas em saúde do trabalhador no SUS, assumindo a função de suporte técnico e científico junto aos profissionais de todos os serviços da rede do SUS, na perspectiva da descentralização. Atua na atenção à saúde do trabalhador utilizando-se das vertentes de: assistência, educação, pesquisa e vigilância em saúde.

- **Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Espírito Santo**

Em 15 de outubro de 1990 foi aprovada e sancionada a Lei Estadual nº. 4.444, normatizando os transplantes de órgãos no Espírito Santo, e no dia 14 de janeiro de 1992 foi publicada a Portaria nº. 072 criando a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Espírito Santo (CNCDO/ES), que funcionava no Hospital São Lucas sendo. Em julho de 1998, o serviço foi reativado passando a funcionar nas dependências do Hospital da Polícia Militar, fazendo parte da Gerência Estratégica de Regulação Assistencial/SESA/IESP com pouca expressão no conjunto das ações da SESA.

- **Centro de Atendimento Toxicológico do Espírito Santo - TOXCEN**

Centro de Atendimento Toxicológico do Espírito Santo - TOXCEN é um serviço sob a gestão da Secretaria Estadual da Saúde e está sediado no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), hospital pediátrico, de ensino e de referência estadual, onde funciona o serviço desde sua implantação em abril/1992.

Está vinculado ao Ministério da Saúde através da Gerência Geral de Toxicologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA através da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica - RENACIAT e ao Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX. A grande dificuldade está na definição do lugar institucional onde o serviço de orientação deverá ordenar o atendimento de as vítimas na rede de urgência.

- **Centro de Hematologia e Hemoterapia do Espírito Santo – HEMOES**

O HEMOES iniciou suas atividades no dia 30 de outubro de 1999 como o último hemocentro coordenador estadual a ser implantado no Brasil. A instituição tem como missão coordenar e executar as políticas estaduais relativas à Hematologia e Hemoterapia

em consonância com a política do Ministério da Saúde, visando à prestação de serviços de qualidade, com desenvolvimento e aprimoramento de atividades técnico-científicas e de ensino e pesquisa. Localizado na região metropolitana da grande Vitória precisa realizar o atendimento de qualidade em todo o estado, suprimindo a demanda de hospitais e serviços ambulatoriais públicos e privados, através da construção da Hemorrede Estadual Regionalizada em cada macrorregião de saúde.

5.3- Serviços de Apoio Logístico.

- **Núcleo de Entomologia e Malacologia do Estado do Espírito Santo – NEMES**

O NEMES foi instituído pela Portaria/FNS nº. 440, de 24 de agosto de 1995, e descentralizado para a SESA através da Portaria/MS nº. 1399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamentou a Norma Operacional Básica - NOB-SUS/96, dispondo sobre a descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças para os Estados e Municípios, definindo competências dos três níveis de gestão do SUS e nova sistemática de financiamento para as áreas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.

Vinculado ao Núcleo Especial de Vigilância Ambiental (NEVA), na Gerência de Vigilância em Saúde (GVS), o NEMES tem por atribuição realizar estudos e pesquisas sobre as características biológicas e ecológicas de animais vetores e de moluscos responsáveis pela transmissão e dispersão de várias doenças, e suas interações com hospedeiros intermediários (humanos e animais), sob a influência de fatores ambientais, proporcionando o conhecimento necessário para detecção de qualquer mudança no perfil de transmissão de doenças, como: malária, leishmanioses (tegumentar americana e visceral), doença de chagas, dengue, esquistossomose, etc.

- **Laboratório de Diagnóstico de Raiva Animal do Estado do Espírito Santo.**

O diagnóstico de raiva animal no ES, ação essencial do Programa de Controle da Raiva Humana, é realizado no Instituto Biológico do Estado do Espírito Santo (IBEES), pertencente ao Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do Espírito Santo (IDAF/SEAG). Esta parceria entre o IDAF e a SESA foi firmada em 1996, através de um acordo de cooperação técnica, onde se estabeleceu o funcionamento do Laboratório de Diagnóstico de Raiva do Estado e seu biotério (SESA), um Laboratório de Diagnóstico de

Anemia Infecciosa Equina (IDAF) e, ainda em fase final de estruturação, um Laboratório de Diagnóstico de Brucelose (IDAF). Para utilização do espaço físico do IDAF visando o funcionamento do diagnóstico de raiva, a SESA, em contrapartida, dotou o IBEES de recursos humanos e equipamentos necessários para realização das atividades, objeto do referido termo.

Recentemente, com recursos da SESA, disponibilizados pelo VIGISUS II, foi realizada uma ampla reforma dos prédios onde funcionam os laboratórios e continua em curso a aquisição de novos equipamentos para uso nas atividades de rotina, técnicas e administrativas.

Vale ressaltar o projeto que está sendo discutido pelo NEVA que propõe a criação do Laboratório de Saúde Animal para prestação de serviços públicos voltados para a Defesa Sanitária Animal, a Saúde Pública e a interface entre as mesmas no caso das zoonoses. Coloca-se em discussão a criação de novos laboratórios (quirópteros, parasitologia e animais peçonhentos), construção de prédio projetado e dimensionado para uso como Biotério, inclusão dos serviços do Laboratório de Entomologia e Malacologia já existentes, dentre outros.

- **Central de UBV**

Com o processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, iniciado em 1999 e regulamentado pela Portaria MS nº. 1.399, os Gestores Estaduais ficam com a competência de prover alguns insumos estratégicos, dentre os quais destacamos os equipamentos de aspersão de inseticidas.

As Centrais Operadoras de UBV são unidades físicas que possuem toda infra-estrutura para prestar apoio aos trabalhadores de campo na operação de aplicação de inseticidas a ultra baixo volume. Além da guarda, neste local é realizada a manutenção e limpeza dos equipamentos de aplicação. Deve estar associada às atividades de armazenamento e distribuição de praguicidas.

No Espírito Santo, os veículos e equipamentos são cedidos temporariamente aos municípios para controle espacial do vetor levando-se em consideração a avaliação da situação entomo-epidemiológica.

- **Central de Depósito e Distribuição de Inseticida**

De acordo com a Portaria nº. 1399/99, cabe aos Estados realizar a gestão de insumos estratégicos utilizados no controle de endemias e para isto se faz necessário uma estrutura capaz de permitir o recebimento, armazenamento e distribuição dos mesmos. A FUNASA que, anteriormente era responsável por esta questão, no processo de descentralização das endemias, estabeleceu diretrizes para projetos físicos de Unidades de armazenagem, distribuição e processamento de praguicidas, sendo que no Espírito Santo, a referência é a Central de Depósito e Distribuição de Inseticida. Neste local estão concentrados todos os praguicidas e demais insumos estratégicos, desde sua aquisição, pelo Estado, ou disponibilizados pelo Ministério da Saúde, até sua distribuição para as Regionais de Saúde ou municípios que se responsabilizam pelo armazenamento e destino das embalagens resultantes dos insumos consumidos.

Questões relativas à proteção do meio ambiente, a saúde dos trabalhadores, custo operacional e eficácia estabelecem a necessidade de se proceder ao uso criterioso dos insumos utilizados no controle químico e biológico.

- **Central de Distribuição de Imunobiológicos**

A Central Estadual de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos – CEADI é composta de uma Rede de Frio ou Cadeia de Frio que se resume no processo de recebimento, armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos (vacinas e soros) do Programa de Imunizações, que devem ser mantidos em condições adequadas de refrigeração, desde o laboratório produtor até o momento de sua utilização para que seja assegurado a todos os imunobiológicos suas características iniciais de potencia e poder imunogênico e um almoxarifado de insumos (seringas e agulhas, caixas térmicas, gelo reciclável, entre outros).

São componentes da Rede de Frio: equipe qualificada e equipamentos adequados.

A CEADI - ES possui uma câmara frigorífica positiva (+2 a +8°C) para acondicionamento das vacinas e soros, 9 freezers de 550 litros de temperatura menos 30° C para produção de gelo e guarda de vacinas congeladas e um caminhão frigorífico para transporte seguro dos produtos que são distribuídos para municípios e Regionais de Saúde. O controle de estoque e distribuição é realizado pelo Sistema Informatizado de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos do Ministério da Saúde.

- **Laboratório Central – LACEN**

Tem como finalidade ser referência estadual para as atividades de controle de qualidade de produtos e de serviços, além de executar exames para complementação diagnóstica de Doenças de Notificação Compulsória e de Eventos Inusitados para a saúde. O Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo faz parte de um Sistema Nacional, ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Pelo seu perfil, não deveriam ser encaminhados a este nível de competência, exames considerados de média complexidade que deveriam estar descentralizados para os municípios e regionais, ficando sob sua responsabilidade os exames de alta complexidade como isolamento viral e o controle de qualidade da rede de laboratórios que inclui a supervisão de todos os laboratórios, conveniados, públicos e privados. Cabe ao Laboratório Central Estadual dar suporte à Unidade de Resposta Rápida (URA) em trabalho conjunto com a Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental.

- **Serviço de Verificação de Óbitos – SVO**

O serviço de verificação de óbito tem por finalidade realizar necropsias dos indivíduos falecidos de morte natural, sem assistência médica ou falecidos em hospitais com causa mal definidas. O SVO emite nova declaração de óbito sempre que possível colaborando com o Sistema de Informação de Mortalidade. Localizado na região metropolitana de Vitória tem dificuldade na descentralização de ações que necessitam de profissionais especializados.

6 - MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.

O modelo de gestão escolhido pela Secretaria Estadual de Saúde desde 2002 se baseia na descentralização com transferência de poder decisório para os menores níveis hierárquicos que adquirem, assim, autonomia política e administrativa. Neste desenho o poder da SESA nas decisões locais – Macrorregiões de Saúde – se efetiva nas Superintendências Regionais de Saúde. Este papel é menor em executar ações e serviços de saúde e mais de apoio, cooperação técnica e investimentos nos municípios e nos consórcios. Os municípios, território das Microrregiões de Saúde, devem assumir todas as ações e serviços que possam por eles ser absorvidos.

Atualmente as Superintendências Regionais de Saúde tem como principal função a organização administrativa e funcional dos Centros de Referências de Especialidades, com dificuldade de estruturação das equipes para coordenação de programas especiais.

À Regional de Saúde cabe apoiar o município em todas as áreas e influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência, para estruturar o Sistema Estadual de Saúde com o desenho de Sistemas Locais Resolutivos a partir da atenção primária em saúde com a opção prioritária pelo Programa de Saúde da Família: porta de entrada do sistema, onde se dá o primeiro contato do cidadão.

Em 1997, foram criadas no ES, 11 Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais - CIB Microrregionais, que eram assessoradas por técnicos do nível central e regional da Secretaria Estadual de Saúde com o objetivo acompanhar os municípios nas definições das políticas de saúde das microrregiões administrativamente delimitadas.

Entretanto, estas CIB's, a partir do ano 2000, foram sendo enfraquecidas pela condição política que o Estado atravessava que não ofereceu apoio às organizações de decisão compartilhada, paralisando por definitivo suas atividades. Com a edição da Norma Operacional da Assistência – NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002, a organização descentralizada da saúde e um novo desenho territorial e microrregional, ficou novamente estabelecido e assegurado um modelo de instância de decisão compartilhada entre os gestores de saúde. O processo de descentralização foi fortalecido com a edição da Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006, quando o Ministério da Saúde promoveu um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos e instituiu Colegiados de Gestão Regional.

Desse modo, as Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais, tem a finalidade de assegurar a articulação entre as esferas de governo, garantindo que o modelo de gestão descentralizado e hierarquizado constitua um Sistema Integrado de Serviços de Saúde.

O funcionamento das CIBs microrregionais vem proporcionado avanços na relação da SESA com os municípios através de:

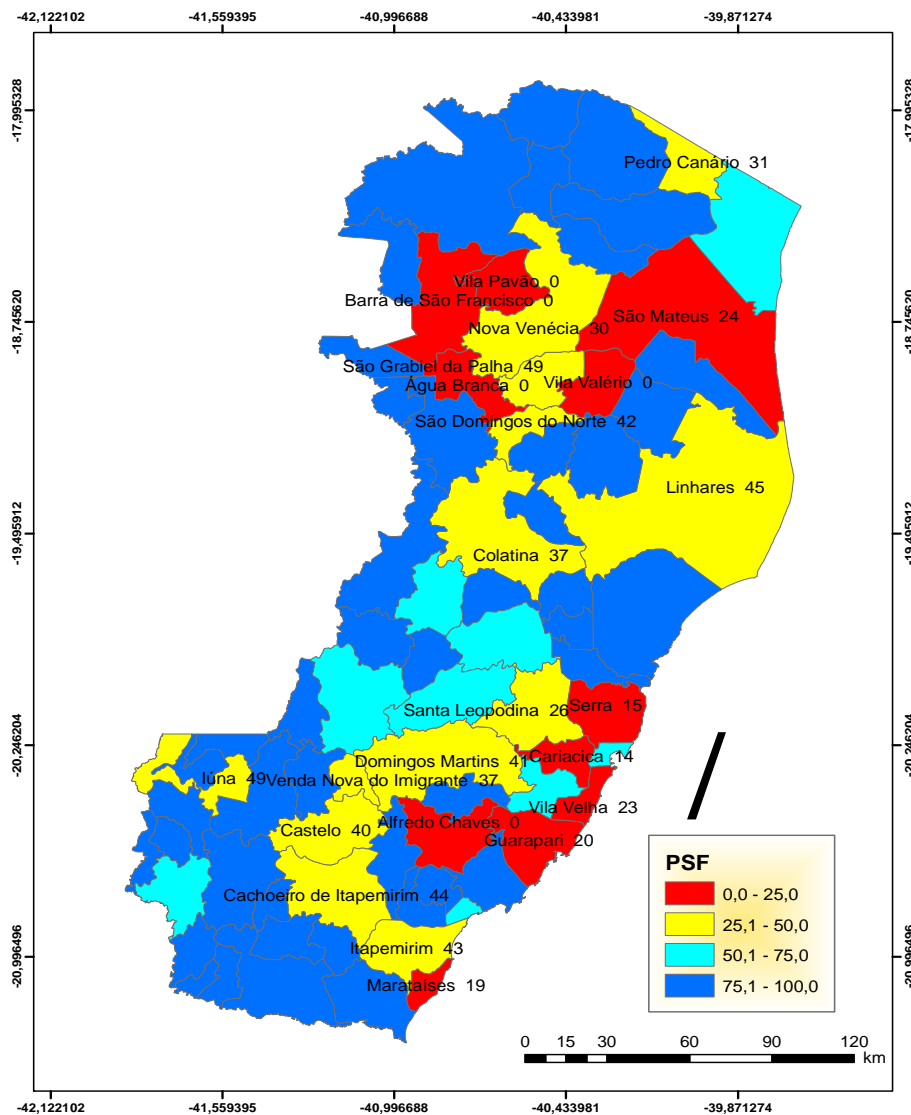
- Melhoria da capacidade de articulação;
- Melhor e maior conhecimento da realidade dos municípios;

- Aumento do conhecimento da situação de saúde regional com participação mais efetiva do estado, em todas as decisões referentes à saúde da Microrregião;
- Acompanhamento mais próximo das atividades e serviços desenvolvidos pelos municípios;

As principais dificuldades no funcionamento das CIBs Micro, são:

- Falta de capacitação dos membros titulares e da Câmara Técnica;
- A não efetivação da reestruturação e do fortalecimento das Regionais, principalmente em relação à estrutura física e carência de recursos humanos;
- A concentração do conhecimento técnico na SESA, dificultando o planejamento, organização e tomadas de decisões em nível microrregional e,
- A desestruturação física e de capacidade técnica das Superintendências Regionais.

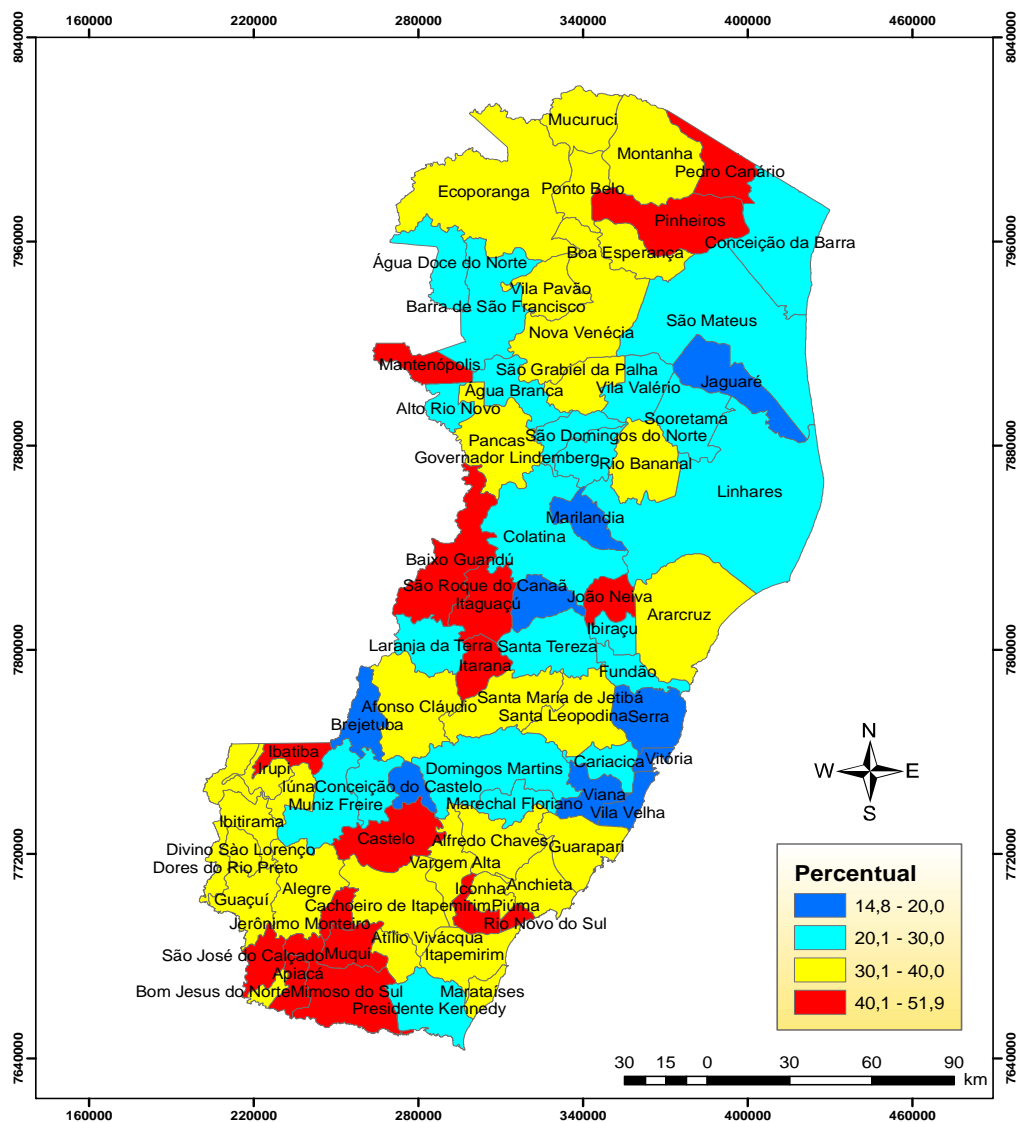
Cobertura do Programa Saúde da Família, ES - 2006



No Espírito Santo o Programa de Saúde da Família apresenta uma cobertura de 47% da população com grande mobilidade de profissionais entre os municípios, acarretando uma inconstante cobertura da assistência médica.

As maiores coberturas do PSF estão nos municípios de pequeno porte, que apresentam um ritmo diferenciado de expansão no estado.

Internações Sensíveis à Atenção Básica, ES - 2006



As internações sensíveis à atenção básica revelam a qualidade da assistência prestada aos municípios pelo Sistema Municipal de Saúde em cada região, sendo a situação mais grave na Macrorregião Sul com 06 municípios que apresentam de 40% A 50% de internações desnecessárias. O fato se torna mais grave à medida que se comparam as coberturas do Programa de Saúde da Família e de Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Internações Sensíveis a Atenção Básica – projeção até 2010.

Macro	Micro	2006	2007	2008	2009	2010	R ²	Incremento
Norte		30,22	28,18	26,48	24,77	23,07	0,90	-1,70
	São Mateus	32,69	29,26	27,44	25,62	23,80	0,92	-1,82
	Colatina	30,64	27,45	25,38	23,30	21,22	0,91	-2,08
	Linhares	27,35	28,47	27,52	26,57	25,62	0,40	-0,95
Centro		22,78	19,94	18,04	16,13	14,23	0,84	-1,90
	Serra/Santa Teresa	22,68	20,13	18,40	16,67	14,94	0,82	-1,73
	Vitória	19,77	16,80	14,77	12,75	10,73	0,90	-2,02
	Vila Velha	26,04	23,33	21,46	19,58	17,71	0,78	-1,88
Sul		38,14	35,77	34,44	33,12	31,79	0,80	-1,33
	Cachoeiro	38,12	37,52	37,02	36,52	36,01	0,70	-0,50
	Guaçuí	38,20	32,08	29,04	25,99	22,95	0,81	-3,04
Espírito Santo		28,27	25,56	23,82	22,08	20,34	0,85	-1,74

Fonte: SESA/GEPDI/NAST

Ao se distribuir as internações por microrregiões de saúde é a Macrorregião Sul que apresenta os maiores percentuais, mas permanecerá em queda com a maior magnitude em projeção para 2010, se mantidas as condições atuais de organização do sistema de saúde. Alguns municípios desta macrorregião apresentam os maiores percentuais de internações sensíveis a Atenção Básica como: Apicacá, Mimoso do Sul, São José do Calçado, Muqui e Jerônimo Monteiro.

Em todas as microrregiões de saúde, as internações sensíveis à atenção básica tenderão a diminuir progressivamente sendo que nas Micros Colatina, Vitória e Guaçuí apresentarão as maiores quedas até 2010.

Custo total das internações, em reais, à Atenção Básica, ES 2000 a 2006 e Previsão para 2007 a 2010

Macro	Micro	2006	2007	2008	2009	2010	R ²	Incremento
Norte		5.486.726	5.575.489	5.680.944	5.786.399	5.891.853	0,39	105.455
	São Mateus	1.405.591	1.477.002	1.514.703	1.552.403	1.590.104	0,44	37.700
	Colatina	2.316.595	2.348.732	2.336.875	2.325.018	2.313.161	0,06	-11.857
	Linhares	1.764.540	1.749.755	1.829.366	1.908.978	1.988.589	0,62	79.611
Centro		9.112.396	10.111.006	10.230.368	10.349.731	10.469.094	0,16	119.363
	Serra/Santa Teresa	2.056.906	2.305.540	2.351.284	2.397.029	2.442.773	0,19	45.745
	Vitória	3.599.017	4.035.694	4.052.133	4.068.573	4.085.012	0,02	16.439
	Vila Velha	3.456.473	3.769.772	3.826.951	3.884.130	3.941.309	0,30	57.179
Sul		6.612.231	6.932.044	7.273.513	7.614.981	7.956.450	0,84	341.469
	Cachoeiro	4.728.729	5.124.775	5.427.623	5.730.472	6.033.320	0,90	302.848
	Guaçuí	1.883.503	1.807.269	1.845.889	1.884.510	1.923.130	0,26	38.621
Espírito Santo		21.211.353	652.780.631	23.184.825	23.751.111	24.317.398	0,60	566.286

Fonte: SESA - ES/GEPDI/NASTS

Os custos das internações repercutem, muitas vezes, o grau de complexidade dos serviços oferecidos pelo sistema local. Diante deste fato é a região de Cachoeiro do Itapemirim e de Vitória que apresentam os maiores custos por internação se enquadram nesta análise.

7 - GESTÃO EM SAÚDE

A gestão das políticas públicas de saúde no âmbito estadual pode ser sintetizada pela capacidade institucional em exercer três macro funções: Regulação do Sistema de Saúde, o Financiamento e a Prestação de Serviços, que se desdobram em dezesseis papéis (Mendes 2004).

- 1- A condução política do Sistema estadual de Saúde.
- 2- O Planejamento estratégico do Sistema Estadual de Saúde
- 3- A informação e a comunicação em saúde
- 4- A análise da Situação e Tendência em saúde
- 5- A avaliação econômica dos serviços de saúde
- 6- A avaliação tecnológica em saúde
- 7- A normalização dos processos de trabalho em saúde
- 8- O desenvolvimento de recursos humanos
- 9- A educação permanente

- 10- A regulação, controle e avaliação
- 11- A vigilância em saúde
- 12- A escuta do usuário
- 13- A assistência farmacêutica
- 14- O controle público do SUS
- 15- O desenvolvimento científico e tecnológico
- 16- A prestação de serviço.

Estes papéis serão cumpridos a partir do desenvolvimento capacidade institucional da SESA, garantida pela estruturação de lugares institucionais e o desenvolvimento de novos processos de trabalho, Sistemas tecno-administrativo. De acordo com Mendes (2004) a nova gestão pública vai além das funções do Estado e precisa propor missão e objetivos claros, criar responsabilidade de gerentes frente às necessidades e demandas dos usuários e criar incentivos para melhorar o desempenho institucional.

A Secretaria de Estado da Saúde organizou-se ao longo da última década, como uma estrutura fortemente prestadora de serviços, com baixa capacidade de regulação onde a utilização dos processos de controle e avaliação não se desenvolveram tanto pela deficiência da capacitação de seus quadros técnicos quanto no uso de modernas tecnologias de auditoria e avaliação.

8 - INSUMOS ESTRATÉGICOS

- **A Gestão dos Recursos Humanos**

A gestão de recursos humanos da Secretaria Estadual de Saúde precisa refletir na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS e no bem estar de cada servidor da estrutura institucional. Desse modo, a formação e a gestão de recursos humanos não podem ser consideradas aspectos simplesmente técnicos, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas.

A Gerência de Recursos Humanos - GRH é responsável por formular e implementar e regular a Política Estadual de Recursos Humanos do SUS nas lógicas da Educação

Permanente, do Pacto pela Saúde e da Política Nacional de Humanização - PNH, buscando viabilizar o atendimento de boa qualidade técnica, humanizado, ético e ágil, com a participação dos trabalhadores de saúde, prestando continuamente informações adequadas e qualificadas, dentro da lógica e da demanda local e regionais. Dessa forma, a GRH deverá promover e desenvolver ações que compreenderão: a valorização profissional, por meio de programas, estratégias e projetos de formação/capacitação/aperfeiçoamento/especialização; assessoria permanente aos municípios para que estes também promovam ações de desenvolvimento de recursos humanos em seus âmbitos; estabelecimento de parcerias com instituições educacionais/formadoras entre outras organizações, além de movimentos sociais e com demais setores da SESA, e; a regulação da execução de estágios, residências e internatos ou qualquer outra atividade semelhante nas unidades de saúde sob a gestão estadual.

- **Assistência Farmacêutica**

Entre as ações de saúde inserem-se o componente da assistência farmacêutica, área estratégica e estruturante na atenção à saúde do cidadão no contexto do SUS. Dela depende a resolubilidade das intervenções na área assistencial, bem como de prevenção e promoção da saúde individual e/ou coletiva, causando impacto sobre os indicadores epidemiológicos, pelas modificações qualitativas e quantitativas na utilização de medicamentos.

A Política Nacional de Medicamentos, definida por meio da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 3916/98, assim como algumas novas diretrizes de Assistência Farmacêutica apresentadas e referendadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338/04, remetem e orientam para a prática de uma assistência farmacêutica descentralizada, pactuada entre as esferas de Governo e com ações centradas no usuário, comunidade e profissionais de saúde. Cabe a SESA programar, assessorar, consolidar, orçar, estruturar e, distribuir, acompanhar e avaliar a gestão de estoques dos municípios quanto ao elenco de medicamentos básicos. No cenário complexo da assistência especializada e hospitalar, a política de medicamentos excepcionais será prioritária para garantir o acesso ao medicamento prescrito e comprovado cientificamente.

- **Sistemas de Informação**

Os Sistemas de Informação em Saúde e Assistenciais estão localizados em dois núcleos, NESIS e NESIA, e em duas gerências, GEVS e GERA, da estrutura organizacional da SESA e é fundamental para a gestão e gerencia em saúde, no planejamento das ações e serviços no âmbito de cada esfera administrativa do SUS.

Estes sistemas de informações em saúde e assistenciais da SESA captam as ocorrências desencadeadas pela mobilidade social no Espírito Santo como nascimentos, comportamentos, adoecimentos e óbitos e em outro, as informações geradas pela dinâmica dos próprios serviços como: Consulta médica, exames, internações, procedimentos ambulatoriais, atendimentos domiciliares, acompanhamento familiar, educação em saúde, etc.

O núcleo de Sistemas de Informações em Saúde e o Núcleo de Sistemas de Informações Assistenciais armazenam os dados em bancos, disponibilizando-os para análise, diagnóstico e prognóstico, que podem definir ou redefinir os rumos das ações e atividades da instituição mas ainda de forma setORIZADA sem a necessária publicização das informações.

Uma das ferramentas que utiliza os bancos de dados é o Sistema Integrado de Bases Georeferenciadas para o Estado do Espírito Santo (GEOBASES) criado em 1999 pelo Governo do Estado, formando, assim uma base de dados preparados para operações em Sistema de Informações Geográficas (SIG). Esta base é constituída por um conjunto de planos de múltiplo uso. A SESA juntamente com 47 instituições públicas (federais, estaduais e municipais) e privadas, participa no desenvolvimento e implantação desta ferramenta de uso de interesse público.

O GEOBASES está localizado no Núcleo Especial de Análise de Situação e Tendência em Saúde (NASTS) sob a gerência do GEPDI, e se constitui numa das mais integradoras bases para processamento de gestão espacial de informações e será de grande auxílio na tomada de decisões por parte dos diferentes gestores que interagem com a saúde.

- **Desenvolvimento Científico e Tecnológico**

O desenvolvimento científico e tecnológico é considerado um dos alicerces mais importantes para o aprimoramento das ações e serviços de saúde. O artigo 200, inciso V, da Constituição Federal, estabelece as competências do SUS, entre as quais está o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico. A iniciativa de descentralização do fomento à pesquisa em saúde, prioriza a gestão compartilhada de ações. Assim, por meio da parceria entre instâncias estaduais de saúde (SESA) e de ciência e tecnologia - C&T (FAPES) vem-se promovendo o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, tendo como parâmetro as necessidades reais de saúde da população.

9 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social no SUS se formalizou mediante uma rede nacional de Conselhos de Saúde que tem como função central a defesa dos princípios de universalidade, equidade e descentralização que alicerçam o SUS. Através dos conselheiros se dá a participação da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde, garantida a partir da Lei nº. 8.142, de 28/12/1990, que instituiu os Conselhos e as Conferências de Saúde como instância de controle social do SUS nas três esferas de governo nacional, municipal e estadual. Atualmente o Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo tem 24 conselheiros, 12 representando os usuários, 6 trabalhadores da saúde e 6 gestores e prestadores. A representação dos usuários está assim distribuída:

- a) 01 (um) representante de entidades dos trabalhadores rurais;
- b) 01 (um) representante de entidades dos trabalhadores urbanos;
- c) 01 (um) representante de entidades do setor empresarial;
- d) 01 (um) representante indicado pelas entidades que congregam os idosos, aposentados e pensionistas do Espírito Santo;
- e) 01 (um) representante de associações dos portadores de patologias;
- f) 01 (um) representante de associações dos portadores de deficiência;
- g) 03 (três) representantes de associações que congregam a Federação das Associações dos Moradores e dos Movimentos Populares do Espírito Santo - FAMOPES;
- h) 01(um) representante da Pastoral da Saúde;
- i) 01 (um) representante do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil - CONIC; e

j) 01 (um) representante de entidades ou Organizações não-Governamentais - ONGs que congregam os ambientalistas.

O caráter deliberativo dos Conselheiros sobre a formulação das políticas, sobre o modelo atenção à saúde e as estratégias de intervenção, remete para cada membro a responsabilidade na gestão. A gestão participativa faz parte dos fundamentos organizativos do SUS e processo de democratização, como a descentralização. Na organização dos serviços, a construção da integralidade, promovendo a equidade e a atenção humanizada à saúde é pauta permanente de discussão.

10 – DIRETRIZES -

- Fortalecimento da Atenção Primária
- Redução da Mortalidade Infantil/Neonatal;
- Redução da mortalidade materna;
- Redução das complicações das doenças crônicas;
- Implantação das redes regionais resolutivas de serviços de saúde;
- Descentralização administrativa e de serviços/municipalização;
- Fortalecimento Regional;
- Novas alternativas de gestão: hospitalar e outros serviços;
- Melhoria do atendimento á população;
- Mobilização intersetorial para enfrentamento da violência
- Implementação da macro função Regulação.
- Fortalecimento do Controle Social no Sistema Estadual de Saúde

11 - EIXOS DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIOS

11.1 – Expansão e fortalecimento da Atenção Primária à saúde no ES

Objetivo: Ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde com qualidade.

Ação	Meta 2011
<ul style="list-style-type: none"> - Apoio financeiro aos municípios de menor índice de desenvolvimento humano – IDH para desenvolvimento das redes de atenção. - Estruturação da rede de serviços de atenção primária em saúde; - Implementação da Assistência Primária nas redes de atenção; - Atenção à saúde no sistema penitenciário; - Melhoria da atenção primária através da qualificação das equipes de saúde da família; - Promoção da Saúde 	<p>100 % dos municípios com menor índice de IDH</p> <p>Construir 76 Núcleos de Saúde da Família</p> <p>Construir e equipar 04 Pronto-Atendimentos Municipais.</p> <p>Entregar Kits Saúde da Família (48 equipamentos) para as 504 Equipes da Saúde da Família em funcionamento no ES e para as 51 unidades básicas de saúde financiadas em 2006.</p> <p>Ampliar a cobertura de PSF para 70%</p> <p>Implantar 06 equipes de Saúde Prisional, sendo 04 equipes na Região Metropolitana, 01 na Casa de Custódia de Viana e 01 no Município de Linhares.</p> <p>Formar 100% das equipes da Atenção Básica</p> <p>Financiar 05 módulos de Orientação de Exercício Físico em municípios com maior concentração de população idosa.</p> <p>Implantar o Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas, em sete municípios: Serra Viana, Cariacica, Linhares, Pedro Canário, Vitória e Vila Velha.</p>

11.2 – Implementação da Assistência Farmacêutica

Objetivo: Garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, excepcionais, programas específicos e correlatos na rede pública, com segurança e qualidade.

Ação	Meta 2011
- Aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos excepcionais, de programas específicos e outros;	Padronização de 100% dos medicamentos essenciais e excepcionais;
- Incentivo para a construção de Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF's)	Construir 07 Centrais de Abastecimento farmacêutico no interior e 03 na região metropolitana;
- Ampliação do acesso a assistência farmacêutica básica	<p>Contrapartida financeira de R\$ 10,00 <i>per capita</i>, com aumento de 74 itens para 150 itens;</p> <p>Incentivo para implantação de 100 Farmácias Cidadãs municipais;</p> <p>Implantação de 07 farmácias Cidadãs Estadual;</p>
- Regulação da utilização de medicamentos excepcionais através de Centros de Referências	Implantar 08 Centros de Referências para medicamentos excepcionais em Hospitais de ensino e pesquisa.

11.3 – Implementação do sistema de Vigilância em Saúde

Objetivo: Prevenir, controlar e alertar sobre os surtos, epidemias, agravos inusitados de maneira oportuna e a partir da permanente vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental em saúde, visando à redução da morbi-mortalidade no estado.

Ação	Meta 2011
<ul style="list-style-type: none"> - Descentralização das ações de baixo e médio risco sanitário da Vigilância em Saúde - Modernização Tecnológica do Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN - Implantação do Laboratório Estadual de Saúde Pública Animal 	<p>Descentralizar 100% das ações baixo e médio risco sanitário nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental para os municípios;</p> <p>Descentralizar os exames 100% de média complexidade e análises de água realizados no LACEN para regionais e ou municípios;</p> <p>Implantar 04 municípios sentinelas para vigilância em ambientes de trabalho na região metropolitana;</p> <p>Implantar o SVO em São Mateus;</p> <p>Implantar novas tecnologias diagnósticas para dengue, leptospirose e produtos de consumo humano;</p> <p>Implantar 01 laboratório na Região Metropolitana;</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Redução da morbi-mortalidade por doenças transmitidas por vetores e dos agravos relacionados ao meio ambiente - Implantação da Vigilância Sindrômica das Doenças Febris Ictero-hemorrágicas (SFHIA) - Criação da Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. - Prevenção e controle de doenças imunopreveníveis - Apoio e desenvolvimento de pesquisas de interesse da Vigilância em Saúde. 	<p>Implantar logística para o controle de vetores na região metropolitana;</p> <p>Implantar em 100% das regionais a Vigilância da SFHI;.</p> <p>Implantar 16 Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;</p> <p>Implantar a vacinação de BCG e hepatite em 100% das maternidades públicas;</p> <p>Manter cobertura vacinal homogênea em 100% dos municípios;</p> <p>Realizar 06 pesquisas nas áreas de vigilância ambiental, doenças não</p>

<p>- Melhoria da qualidade e ampliação da cobertura das informações em saúde</p>	<p>transmissíveis, doenças transmitidas por vetores;</p> <p>Implantar em 100% dos municípios o Sistema de notificação On line;</p>
<p>- Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis.</p>	<p>Implantação de Núcleos de Prevenção da Violência em 11 municípios;</p> <p>Implantação do controle antropométrico de adultos hipertensos e diabéticos em 50% das unidades de atenção primária em saúde;</p> <p>Implantar o programa anti-tabagismo em 100% dos municípios;</p>
<p>- Redução da morbi-mortalidade por doenças transmissíveis</p>	<p>Eliminação da Sífilis Congênita;</p> <p>Reduzir o índice de transmissão vertical do HIV/AIDS em 30%;</p> <p>Eliminar a Hanseníase como problema de Saúde Pública;</p> <p>Reduzir o risco de infecção por Tuberculose em 50%.</p>

1.4 – Assistência Integral, ambulatorial e hospitalar especializada.

Objetivo: Garantir o acesso da população a uma rede pública de saúde resolutive.

Ação	Meta 2011
<p>- Ampliação e modernização da hemorrede estadual;</p>	<p>Implementar o Núcleo de Hemoterapia de Linhares;</p> <p>Construir e Implantar o Hemocentro Regional de Cachoeiro;</p> <p>Equipar as Agências Transfusionais dos Hospitais São Marcos em Nova Venécia e Nossa Senhora da Conceição em Montanha e Guarapari;</p>

<p>- Implantação das redes temáticas especializadas de Atenção em Saúde;</p>	<p>Referenciar 100% das gestantes com gravidez de alto risco para atendimento especializado em 04 serviços de referência macrorregionais;</p> <p>Implantar 100% da rede da mulher e da criança nas macrorregiões do estado até 2011;</p> <p>Equipar 63 maternidades;</p> <p>Implantar 100% da rede de atenção obstétrica e neonatal em todas as microrregiões de saúde, 50 vagas de UTI adulto para gestantes de alto risco distribuídas pelas 04 macrorregiões de saúde: 100 vagas para UTIN 300 vagas de Médio Risco para suporte ao bebê de risco intermediário;</p> <p>Implantar Serviços de Atenção Secundária em Espaços Microrregionais para Hipertensão, Diabetes e Saúde Mental, Idoso;</p> <p>Implantar 5 CAPs I, 5 CAPs II, 4 CAPs III, 4 CAPs AD e 7 CAPs i.</p> <p>Implantar o serviço de reabilitação física em dois Centros de Referência de Especialidades;</p> <p>Definir como referência a alta complexidade na especialidade de traumatologia os hospitais Dório Silva, Sta Casa de Vitória e de Cachoeiro, Evangélico de Vila Velha, Infantil de Vitória, São Lucas, Roberto Arnizaut Silveiras e o Sílvia Ávidos;</p> <p>Definir como referência para alta complexidade na especialidade de neurocirurgia os hospitais: Evangélico de Vila Velha e de Cachoeiro, Infantil de Vitória, São Lucas e Rio Doce;</p> <p>Consolidar e implementar como referência para a alta complexidade na especialidade cardiovascular os hospitais Evangélico de Vila Velha e de Cachoeiro, Rio Doce e HUCAM;</p>
--	---

<p>- Expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192;</p> <p>- Ampliação da capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde</p>	<p>Criar referência para urgência ao trauma no Hospital São Lucas e urgência cardiológica no Evangélico de Vila Velha e de Cachoeiro;</p> <p>Implantar 08 pontos de atenção nas microrregiões, PA e PS para Implementar a rede de assistência à vítima de violência sexual e doméstica;</p> <p>Implantar nas 04 macrorregiões de saúde os centros de referência em dermatologia/prevenção/controlado do câncer de pele;</p> <p>Implementar os 2 centros referências estaduais de dermatologia em hospitais escolas, SCMV e HUCAM, e o Programa de Assistência Dermatológica a Populações Vulneráveis do Interior do ES;</p> <p>Implementar 100% da rede de oncologia até 2011 priorizando o câncer de próstata, mama e útero;</p> <p>Implementar os 05 Cacons no Hospital Santa Rita, equivalendo a 02 centros, Evangélico de Vila Velha e Cachoeiro, no Infantil de Vitória e onco-hemato no HUCAN;</p> <p>Implementar o Unacon da Sta Casa de Vitória. Definir e implantar um CACON na macronorte;</p> <p>Expandir o SAMU para 100% das Microrregiões no Estado.</p> <p>Fortalecimento e modernização tecnológica e 100% dos da rede hospitalares estaduais e filantrópicas.</p>
---	--

11.5 – Gestão em saúde

Objetivo: Apoiar o planejamento, coordenar, supervisionar e avaliar as políticas públicas na área da saúde.

Ação	Meta 2011
<p>- Desenvolver a macrofunção de regulação do Sistema Estadual.</p> <p>- Ampliação e implementação do processo de planejamento;</p> <p>- Aperfeiçoamento do processo administrativo e de financiamento no SUS;</p> <p>- Divulgação da informação em saúde;</p> <p>- Implantar Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde na SESA.</p>	<p>Regulamentação da lei estadual da Estrutura Organizacional (Leis Complementares n.ºs. 317/2004 e 407/2007)</p> <p>Atualizar o código de saúde estadual;</p> <p>Implantar Complexo Regulador;</p> <p>Implantar o Núcleo de Regulação Assistencial;</p> <p>Realizar 01 oficina de planejamento estratégico anual;</p> <p>Realizar em parceria com os Colegiados microrregionais 08 oficinas de planejamento estratégico;</p> <p>Aprimoramento dos processos de monitoramento e avaliação do Sistema Estadual de Saúde;</p> <p>Compatibilizar em 100% os registros contábeis dos sistemas orçamentários, financeiro e patrimonial de toda a rede de Saúde;</p> <p>Reduzir para o máximo de 05 dias úteis o tempo para efetivação do pagamento aos fornecedores, com destaque especial para os prestadores contratualizados do SUS;</p> <p>Produzir 78 Cadernos Municipais de Saúde anualmente, 1 Caderno Estadual de Saúde e 4 Cadernos Temáticos ao ano;</p> <p>Fomento a estudos e pesquisas de agravos sobre a saúde de grupos populacionais estratégicos e em situação especial;</p> <p>Realizar 01 oficina anualmente para</p>

	definição das prioridades em pesquisa no ES; Realizar 08 seminários de avaliação das pesquisas contratadas.
--	--

11.6 – Informatização da Rede de Saúde no Espírito Santo

Objetivo: Disponibilizar à SESA e às suas unidades hospitalares software gerencial que possibilite a informatização das principais unidades de saúde no estado.

Ação	Meta 2011
Implantação do GEOBASES Saúde Digital	Disponibilizar para 100% das gerências da SESA; Informatização de serviços: Central de Regulação de Internação Eletiva; Central de Consultas e Exames; Central de Regulação de Alta Complexidade; Núcleo de Processamento de Informação; Núcleo de Monitoramento e Avaliação dos Serviços; Sistema de Regulação do CRE de Vila Velha e CREFES; Sistema de gestão Hospitalar: Hospital São Lucas; Hospital Infantil de Vitória; Hospital de Vila Velha: Hospital Antonio Bezerra de Faria; Hospital Adauto Botelho e Hospital Central; Implantação do Sistema de Gestão Hospitalar em 07 hospitais no interior do Estado;

11.7 – Regulação de Serviços

Objetivo: Desenvolver o papel regulatório que envolve o controle e avaliação do SUS no âmbito estadual.

Ação	Meta 2011
- Qualificar os processos de monitoramento e avaliação dos serviços do Sistema Estadual de Saúde	Contratualizar 100% dos prestadores, com metas e indicadores de desempenho;

<ul style="list-style-type: none"> - Implantar centrais de regulação - Descentralizar regionalmente a função de auditoria - Executar ações regulares de auditoria, com ênfase nos serviços de alta complexidade. - Verificação de Acesso e aferir satisfação de usuário - Institucionalizar e sistematizar o Monitoramento e Avaliação (M&A) na APS. 	<p>Implantar mecanismo sistemático de monitoramento periódico de acompanhamento da produção de serviços;</p> <p>Implantar uma Central de regulação estadual e descentralização macrorregional de funções regulatórias;</p> <p>Criar 03 Núcleos de Auditoria nas superintendências regionais;</p> <p>Capacitar 100% de auditores municipais</p> <p>Realizar auditoria em 100% das solicitações demandadas e detectadas;</p> <p>Realizar estudo amostral trimestralmente por meio de instrumento próprio;</p> <p>Instituir a Comissão Estadual de M&A da atenção primária à saúde;</p> <p>Instituir a adesão de 100% dos municípios capixabas com a proposta AMQ.</p>
---	---

11.8 – Aprimoramento da gestão, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos

Objetivo: institucionalizar política de recursos humanos para o SUS, nas lógicas da Educação Permanente, do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e da Política Nacional de Humanização – PNH, de forma descentralizada, articulada intra e intersetorialmente.

Ação	Meta 2011
<p>Estabelecer política de valorização dos servidores do Estado do Espírito Santo.</p> <p>Regular as demandas de Educação Continuada/Permanente nos diversas modalidades e nos vários níveis de ensino da SESA.</p> <p>Fomentar e implantar a criação do Colegiado de Gestão Estadual, no âmbito da educação permanente em saúde.</p>	<p>Implantar o Plano de Cargos Carreira e Vencimentos;</p> <p>100% das demandas de educação, consideradas prioritárias, realizadas.</p> <p>Um colegiado de gestão estadual implantado;</p>

Institucionalizar no âmbito da Gerência de Recursos Humanos a gestão com pessoas, integração de serviços e de ações visando promover o bem estar dos trabalhadores de saúde da SESA.	Gestão com pessoas institucionalizada na Gerência de Recursos Humanos.
--	--

11.9 – Descentralização de Ações e Serviços de Saúde;

Objetivo: Consolidar e qualificar o processo de descentralização de Ações e Serviços de Saúde.

Ação	Meta 2011
Fortalecimento das Regionais	Adequar às áreas físicas das regionais de São Mateus e Cachoeiro. Realizar o desenvolvimento institucional com o novo desenho de organograma das regionais. Lotar todas as Superintendências de Recursos Humanos adequados.
Institucionalizar espaços de Planejamento macro e microrregionais	Revisar de forma ascendente o PPI, PDI e PDR. Elaborar 8 Planos microrregionais e 3 macrorregionais anualmente
Fortalecimento dos Colegiados Microrregionais	Assessorar a 100% dos colegiados Microrregionais.

11.10 – Ampliação e fortalecimento da participação social

Objetivo: Proporcionar a plena participação da sociedade organizada no SUS, através do funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e conselhos gestores especiais.

Ação	Meta 2011
- Fortalecimento da participação social.	Implantação da Ouvidoria do SUS; Fomentar a implantação de Conselhos Gestores em 100% dos Hospitais Filantrópicos contratualizados;

- Capacitação dos Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde;	Capacitar 100% dos conselheiros municipais de saúde;
- Realização de Conferências de Saúde;	Realizar 01 Conferência Estadual de saúde e 04 temáticas.

Os efeitos das ações implementadas no âmbito de uma diretriz podem ser avaliados, cientificamente mensurável, através de indicadores. As três diretrizes de impacto do Plano Estadual de Saúde serão monitoradas através das seguintes metas:

Diretriz	Indicador 2011
Redução da Mortalidade Infantil/Neonatal;	CMI 12,1 óbitos por 1000 nascidos vivos Reduzir em 5%, ao ano, a mortalidade neonatal.
Redução da mortalidade materna;	Reduzir em no mínimo 5 % as mortes maternas ao ano.
Redução das complicações das doenças crônicas	Reduzir em 0,5%, ao ano, as internações por Acidente Vascular Cerebral. Realizar quatro mil biópsias de próstata, ao ano, para diagnosticar precocemente o Câncer de Próstata na população exposta ao risco. Tratar 100% dos casos positivos de lesões precursoras de alto grau de Câncer de Colo de Útero (NIC II e III) Reduzir a prevalência do tabagismo em 0,5%, ao ano, em adultos fumantes. Ampliar o acesso ao exame de mamografia para 60% das mulheres na faixa de risco.