

Plano Estadual de Saúde

2016/2019

Diversidade Étnico-racial
do Espírito Santo

Região Norte

Itaúnas - Conceição da Barra

Região Central

Três Pontões - Águia Branca

Região Metropolitana

Três Praias - Guarapari

Região Sul

Cachoeira da Fumaça - Alegre



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2016-2019

**Vitória – ES
2016**

Apresentação do Plano
Estadual de Saúde –
2016/2019 aprovado pelo
Conselho Estadual de Saúde
do Espírito Santo – CES/ES,
em 29 de setembro de 2016 -
Resolução Nº. 969/2016



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PAULO CÉSAR HARTUNG GOMES

Governador do Estado

RICARDO DE OLIVEIRA

Secretário de Estado da Saúde

FABIANO MARILY

Subsecretaria de Estado da Assistência em Saúde

MAYKE ARMANI MIRANDA

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

SILVIO CESAR MACHADO

Subsecretaria de Estado de Gestão Estratégica e Inovação

CARLOS LUIZ TESCH XAVIER

Subsecretaria de Estado de Administração e Financiamento de Atenção a Saúde

BIANCA GIANORDOLI TEIXEIRA

Gerência de Contratualização de Serviços de Saúde

FABÍOLA RIBEIRO RIOS

Gerência de Assistência Ambulatorial Especializada

FABRICIA FORZA PEREIRA LIMA DE OLIVEIRA

Gerencia de Gestão Hospitalar

FABIANE LIMA SIMÕES

Gerência de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços em Saúde

GABRIELI FERNANDES FREITAS

Gerência de Assistência Farmacêutica

GILSA APARECIDA PIMENTA RODRIGUES

Gerência de Vigilância em Saúde

MÁRCIO COSTA RIBEIRO

Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde

ENGRE BEILKE TENÓRIO

Gerência de Regulação do Acesso à Assistência a Saúde

CLAUDIANO ALMEIDA TIBURCIO

Gerência de Regulação da Atenção à Saúde

FRANCISCO JOSÉ DIAS DA SILVA

Gerência de Planejamento Estratégico e Desenvolvimento Institucional

CARIME JABOUR DE FRANÇA

Gerência de Economia da Saúde e Inovação

ELIZABETH MERLO

Gerência de Projetos

EVERTON RIAZOR MEIRA PESTANA

Gerência de Compras, Contratos e Convênios

JOSÉ FERNANDO PEREIRA

Gerência de Tecnologia da informação

MAYANA MEGA ITABORAHY

Gerência Técnico-Administrativa

BRUNO BITTI CARRARETO

Gerência de Recursos Humanos

MARIA DE LOURDES SOARES

Fundo Estadual de Saúde

LILIANE CORTES FERREIRA

Grupo de Planejamento e Orçamento

ELOÁ SENA GUILHEN RIBEIRO

Núcleo Especial de Desenvolvimento, Planejamento e Orçamento em Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
INTRODUÇÃO.....	18
GESTÃO EM SAÚDE	19
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	32
MORBIDADE E MORTALIDADE	41
ATENÇÃO À SAÚDE	103
FLUXOGRAMA IDEAL PARA AGENDAMENTO E ATENDIMENTO CIRÚRGICO DE PNDE.....	109
ATENÇÃO À SAÚDE: DIMENSÃO ASSISTENCIAL.....	140
FINANCIAMENTO	178
CONTROLE SOCIAL.....	181
DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS ESTADUAIS - 2016-2019	182
DIRETRIZES E METAS REGIONAIS 2016-2019	195
DIRETRIZES DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE POR EIXOS TEMÁTICOS	210
REFERENCIAS	213
ANEXOS	216
1. Resolução N° 969/2016 – Aprova as Diretrizes e Metas do Plano Estadual de Saúde 2016/2019	217
2. Plano Plurianual (PPA) - Lei N° 10.489 - PPA 2016-2019	218
3. Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Espírito Santo	234
4. Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências. Região Metropolitana Espírito Santo	321
5. Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	369

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP	Acidentes por Animais Peçonhentos
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACEs	Agente de Combate a Endemias
AE	Atenção Especializada
APP	Acidentes com Produtos Perigosos
APS	Atenção Primária à Saúde
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CES	Conselho Estadual de Saúde
CESTAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMG	Coeficiente de Mortalidade Geral
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde.
CEPEDEC	Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil do ES
CR	Central de Regulação
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DO	Declarações de Óbito
EAD	Educação a Distância
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEVS	Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde
Hcor	Hospital do Coração
HEMOES	Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDAF	Instituto Biológico do Estado do Espírito Santo
IJSN	Instituto Jones Santos Neves
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INTEGRASUS	Incentivo de Integração no Sistema Único de Saúde
LC	Lei Complementar
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros
LIGRESS	Laboratório de inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas Redes e Serviços de Saúde.
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
LV	Leishmaniose Visceral
MDDA	Monitorização da Doença Diarréica Aguda
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PFA	Paralisias flácidas agudas
PIR	Plano de Intervenção Regional
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por amostra de domicílios
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PSE	Programa de Saúde da Escola
RADC	Redes de Atenção à Doenças Crônicas
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RUE	Rede Urgência e Emergência
SADT	Serviço Apoio Diagnóstico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIASI	Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena
SICLOM	Sistema de Informação e Controle Logístico de Medicamentos
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da água para consumo humano
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TABNET	Informações de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: População Estimada. ES e Regiões de Saúde, 2015.
- Tabela 2: População residente por sexo e região de saúde. ES, 2012
- Tabela 3: Taxa de Crescimento por região de saúde. ES, 2000-2010, 2010-2020, 2020-2030
- Tabela 4: Percentual de pessoas idosas (60 anos e mais) por região de saúde. ES, 2000, 2010 e 2012
- Tabela 5: Percentual de pessoas idosas, segundo sexo por região de saúde. ES, 2012
- Tabela 6: Taxa de Fecundidade. Brasil, Região Sudeste e estados, 2000 e 2011.
- Tabela 7: Taxa Bruta de Natalidade. ES, 2000, 2010, 2020 e 2030
- Tabela 8: Taxa Bruta de Natalidade por Regiões de Saúde. ES, 2000/2013
- Tabela 9: Razão de Dependência
- Tabela 10: Casos de microcefalia notificados por ano. Brasil, 2010
- Tabela 11: Casos notificados de leptospirose. ES, 2010
- Tabela 12: Número de pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral. ES, 2010-2015.
- Tabela 13: Incidência de Sífilis Congênita entre os anos de 2006 a 2015 no Espírito Santo.
- Tabela 14: Taxa de Incidência (por 1.000 habitantes) das Doenças Diarréicas, segundo região de saúde, Espírito Santo, 2006 a 2014.
- Tabela 15: Casos confirmados e óbito por Coqueluche segundo Regiões de Saúde. ES, 2010 a 2014.
- Tabela 16: Mortalidade proporcional por grupos de causas - ES, 1990 a 2015
- Tabela 17: Estimativa para o ano de 2015 das taxas brutas de incidência por 100 mil hab. e do número de casos novos segundo sexo e localização primária. ES e Vitória, 2015.
- Tabela 18: Estimativa de casos novos de câncer por região de saúde- 2015
- Tabela 19: Número de Óbitos por Neoplasias no Espírito Santo no ano de 2015
- Tabela 20: Taxas de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal e infantil (TMI), por 1000 nascidos vivos, segundo Regiões de Saúde. ES, 2015.
- Tabela 21: Óbitos maternos, óbitos mulheres em idade fértil (MIF), percentuais de investigação e Razão de Mortalidade Materna (RMM) segundo região de saúde. ES, 2014.
- Tabela 22: Indicadores do nascimento por região de saúde, ES, 2014.
- Tabela 23: Informações de estrutura e serviços de atenção à criança por região de saúde. ES, 2014.
- Tabela 24: Necessidade de leitos, leitos existentes e diferença de leitos por região de saúde. ES, 2014.
- Tabela 25: Internações por transtornos mentais e comportamentais (CID 10: V) segundo Região de Saúde. ES, 2008-2014.

Tabela 26: Internações por ano de atendimento segundo CID-10.

Tabela 27: Internações por ano de atendimento segundo Lista de Morbidades CID-10 - Região Norte.

Tabela 28: Internações por ano de atendimento segundo Lista de Morbidades CID-10 - Região Central.

Tabela 29: Internações por ano de atendimento segundo Lista de Morbidades CID-10 - Região Metropolitana.

Tabela 30: Internações por ano de atendimento segundo Lista de Morbidades CID-10 - Região Sul.

Tabela 31: Pessoas com deficiências, por Regiões de Saúde – censo 2010.

Tabela 32: Hospitais Contratualizados sob Gestão Estadual 2011-2014

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Planejamento Estratégico de Governo

Quadro 2: Casos graves confirmados (CG), óbitos confirmados (O) e taxa de letalidade (TL) de dengue segundo Regiões de Saúde. ES, 2010 – 2015.

Quadro 3: Mortalidade proporcional por faixa etária - ES 2015.

Quadro 4: Estabelecimentos de Saúde e número de consultas em atenção especializada realizada por oftalmologista no Espírito Santo – 2015, por região de saúde

Quadro 5: Número de hospitais especializados e geral existentes por natureza e região de saúde do Espírito Santo – 2016

Quadro 6: Número de leitos hospitalares totais e disponibilizados ao SUS, por região de saúde do Espírito Santo - 2016

Quadro 7: Número de pacientes ligados ao cadastro único de receptores do ES em dezembro de 2015

Quadro 8: Número de Estabelecimentos credenciados para Transplantes ES, 2015

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 01: Evolução da Judicialização nos últimos 5 anos
- Gráfico 02: Mandados por área demandada - ES 2015
- Gráfico 03: Mandados por Região de Saúde – ES 2015
- Gráfico 04 :Estrutura etária. ES, 2004 e 2014.
- Gráfico 05: Índice de Envelhecimento do ES
- Gráfico 06: Casos notificados de dengue. ES, 2000-2016.
- Gráfico 07: Casos Notificados Chikungunya. ES, 2016
- Gráfico 08: Notificação de casos de microcefalia. ES, 2015-2016.
- Gráfico 09: Casos e percentual de LTA segundo Região de Saúde no ES, 2007 a 2015.
- Gráfico 10: Casos confirmados e taxa de incidência por 100.000/hab de LV no ES, 2007 a 2015
- Gráfico 11: Detecção de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera. ES, 2011-2015.
- Gráfico 12: Proporção de Cura e Abandono de Casos Novos de Tuberculose com Confirmação Laboratorial. Espírito Santo, 2011 a 2015.
- Gráfico 13: Coeficiente de Prevalência, Detecção Geral de Hanseníase e em menores de 15 anos, por 10 mil habitantes - Espírito Santo, 1990-2014.
- Gráfico 14: Taxa de incidência/detecção de hepatite(casos por 100.000 habitantes) segundo tipo e ano de notificação. Espírito Santo, 2007 a 2016.
- Gráfico 15: Taxa de incidência de hepatite A por ano de diagnóstico. Espírito Santo, 2007 a 2016.
- Gráfico 16: Casos de hepatite B segundo macrorregional e ano de notificação. ES, 2007 a 2016
- Gráfico 17: Taxa de detecção de casos de hepatite B. Espírito Santo, 2007 a 2016.
- Gráfico 18: Casos de hepatite C segundo macrorregional e ano de notificação. Espírito Santo, 2007 a 2016.
- Gráfico 19: Taxa de detecção de casos de hepatite C segundo ano de notificação. Espírito Santo, 2007 a 2016.
- Gráfico 20: Casos de AIDS segundo período de diagnóstico. Espírito Santo, 2004-2013
- Gráfico 21: Distribuição de casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição – 2004 a 2014
- Gráfico 22: Casos de AIDS e taxa de detecção (por 100.000 hab.) segundo região de residência por ano de diagnóstico. Espírito Santo – 2007-2013.
- Gráfico 23: Casos notificados de sífilis em gestantes, por ano de diagnóstico. ES 2006 a 2015
- Gráfico 24: Incidência de sífilis congênita /1000 nascidos vivos, segundo região de saúde de residência da mãe. ES 2015
- Gráfico 25: Percentual dos casos de sífilis congênita, segundo informação sobre tratamento do parceiro da mãe e ano do diagnóstico. Brasil, 2007 a 2015
- Gráfico 26: Incidência de sífilis adquirida por estado de residência e média Brasil – 2015

- Gráfico 27: Cobertura vacinal Tetra ou Pentavalente (%) em menores de 1 ano. ES e Brasil, 2005-2014.
- Gráfico 28: Cobertura vacinal tríplice viral (%) em crianças de 1 ano. ES e Brasil, 2005-2014
- Gráfico 29: Porcentagem de análises realizadas pela Vigilância em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliforme totais (CT), cloro residual livre (CRL) e turbidez (T), ES - 2015.
- Gráfico 30: Distribuição das áreas contaminadas ou suspeitas de contaminação por contaminantes químicos, cadastradas no SISOLO, por região de saúde, ES - 2015.
- Gráfico 31: Evolução do consumo de agrotóxico no ES, 2007 – 2011
- Gráfico 32: Número de Notificações relacionadas ao uso de sangue e hemocomponente
- Gráfico 33: Distribuição da ocupação segundo ramos de atividade econômica, Brasil, Sudeste e Espírito Santo, 2012
- Gráfico 34: Acidentes típicos, por município, ES - 2014
- Gráfico 35: Principais acidentes e agravos de notificação relacionada ao trabalho, segundo Regiões de Saúde (%). ES, 2014.
- Gráfico 36: Percentual de pacientes segundo abandono, cessação e uso de medicamento do Tabagismo na Rede SUS no Estado do Espírito Santo – 2014
- Gráfico 37: Taxa de mortalidade/100.000 hab. segundo principais causas e Regiões de Saúde. ES 2015
- Gráfico 38: Taxa de mortalidade prematura (30 a 59 anos) por DCNT. Óbitos/100.000hab. ES e Regiões de Saúde.
- Gráfico 39: Coeficiente de mortalidade por causas externas no Brasil, Região Sudeste e Estado do Espírito Santo - 2013 CME/100.000
- Gráfico 40: Taxa de Mortalidade por Causas Externas no Estado do Espírito Santo - 2006 a 2014 (CME p/100 mil hab)
- Gráfico 41: Taxa de Mortalidade Infantil no Estado do Espírito Santo, no período compreendido entre os anos de 2009 a 2014.
- Gráfico 42: Razão de Mortalidade Materna. ES, 2009 a 2014.
- Gráfico 43: Taxa de óbitos por suicídio por Ano, Espírito Santo 2001 – 2011.
- Gráfico 44: internações transtornos mentais e comportamentais incluídos os decorrentes do uso, abuso de SPAS. Internações compulsórias em saúde mental. ES, 2011-2014
- Gráfico 45: Internações compulsórias em saúde mental por município. ES 2014.
- Gráfico 46: Proporção de internações clínicas por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) no Espírito Santo – 2008 a 2016
- Gráfico 47: Distribuição dos estabelecimentos especializados por região de saúde do Espírito Santo – Dezembro/2016
- Gráfico 48: Estabelecimentos especializados por natureza jurídica distribuídos nas Regiões de Saúde do Espírito Santo – Dezembro/2016.
- Gráfico 49: Evolução dos procedimentos de MÉDIA complexidade, por SUBGRUPOS, realizados na Rede SUS do Espírito Santo – 2008 a 2016

- Gráfico 50: Evolução dos atendimentos ambulatoriais de MÉDIA complexidade, por tipo de prestador dos serviços da rede SUS do Espírito Santo – 2008 a 2015
- Gráfico 51: Proporção dos tipos de atendimentos ambulatoriais de MÉDIA complexidade realizados por tipo de prestador da rede SUS do Espírito Santo, analisados na produção, por SUBGRUPOS, do período de 2008 a 2015.
- Gráfico 52: Evolução dos procedimentos de ALTA complexidade (por SUBGRUPOS) realizados na Rede SUS do Espírito Santo – 2008 a 2016
- Gráfico 53: Atendimentos ambulatoriais de ALTA complexidade, por tipo de prestador – Rede SUS – Espírito Santo – 2008 a 2015
- Gráfico 54: Evolução do percentual de internação da população residente no Espírito Santo na rede SUS – 2008 a 2016
- Gráfico 55: Custo médio das internações no Espírito Santo na rede SUS, por complexidade – 2008 a 2016
- Gráfico 56: Evolução das internações, por tipo de leito, no Espírito Santo na rede SUS – 2008 a 2016
- Gráfico 57: Proporção entre partos normais e cesáreos, no Espírito Santo na rede SUS – 2008 a 2016
- Gráfico 58: Evolução das internações obstétricas de alto risco nas Regiões de Saúde do ES na rede SUS – 2008 a 2015
- Gráfico 59: Evolução das internações de média complexidade, por tipo de prestador na rede SUS – ES - 2008 a 2015
- Gráfico 60: Evolução das internações de alta complexidade, por tipo de prestador na rede SUS – ES - 2008 a 2015
- Gráfico 61: Gastos em Saúde - Por Grupo de Despesa
- Gráfico 62: Gastos em Saúde - Por Fonte

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Regionalização (PDR) de 2011

Figura 2: Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES).

Figura 3 Comunidades tradicionais

Figura 4: Incidência de Dengue no ano de 2015 por região de saúde.

Figura 5: Incidência de Dengue em municípios do ES, 2015.

Figura 6: Isolamento viral da dengue nos municípios. ES, 2015.

Figura 7: Municípios com Confirmação Laboratorial para o Vírus Zika. ES, 2016.

Figura 8: Coeficiente de Detecção Geral de Hanseníase e em menores de 15 anos, por 100 mil habitantes - Espírito Santo, 2014.

Figura 9: Serviços de atendimento especializado e de tratamento em AIDS-ES, 2016

Figura 10: Taxa de positividade de tracoma em escolares. ES, 2012-2014.

Figura 11: Abrangência do abastecimento de água no ES.

Figura 12: Distribuição espacial dos desastres (inundações e seca/estiagem), quanto ao número de ocorrências, ES, 2000 a 2013.

Figura 13: Total de ACS, ESF e ESB segundo Regiões de Saúde. ES, Julho-2015.

Figura 14: Cobertura estimada de população por Estratégia de Saúde da Família no ES (por município/estrato)

Figura 15: Centro de especialidades Odontológicas.

Figura 16 : Distribuição dos serviços da RAPS no Espírito Santo, 2015.

Figura 17: Serviços da RAPS – Região Norte.

Figura 18: Serviços da RAPS – Região Central.

Figura 19: Serviços da RAPS – Região Metropolitana.

Figura 20: Serviços da RAPS – Região Sul.

Figura 21 Centros atendimento SAMU

Figura 22: Farmácias cidades.

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde, gestora do SUS no ES, apresenta o Plano que vai conduzir as ações da saúde pública estadual entre os anos de 2016 e 2019.

A construção do novo Plano levou em conta a situação de saúde do ES e as conquistas alcançadas pela implantação das redes e dos projetos prioritários que norteiam a atuação do Governo do Estado na área da saúde ao longo da trajetória de implantação do SUS.

O seu processo de construção tem como centralidade o fortalecimento da regionalização da saúde, buscando perceber as necessidades e especificidades regionais no momento de análise e das proposições de Metas para este período e com foco em qualificar a atenção à saúde, levando-a mais próximo ao cidadão com qualidade e resolubilidade. Essas premissas impõem também o enfrentamento da qualidade da gestão no Sistema Público de Saúde, para promover mais efetividade e eficiência às nossas ações.

Para não se dissociar da agenda integrada do SUS e também das diretrizes estratégicas do governo que se inicia, buscamos no processo de elaboração do mesmo a alinhamento permanente com o Plano Nacional de Saúde vigente e o Planejamento Estratégico de Governo e da SESA realizados no primeiro semestre de 2015.

Tivemos uma oportunidade ímpar de enriquecer o PES 2016-19 e fortalecer a lógica do desenvolvimento regional com a realização em 2015 de ciclos de oficinas de Planejamento Regional – parceria com PROADI/SUS e HCor – com elaboração de Planos de Intervenção Regional, cujos conteúdos se incorporaram a esse PES.

As metas e diretrizes elencadas neste documento são guias de atuação de gestores e técnicos que têm a função de qualificar o atendimento, mas também vem direcionando iniciativas que reforçam a importância de adotar hábitos saudáveis de vida e o protagonismo do cidadão na produção da sua saúde.

Nossa expectativa é que o Plano Estadual de Saúde 2016-2019, mais que um instrumento normativo do SUS, seja efetivamente utilizado pelas equipes e Gestores como ferramenta de gestão para a operacionalização dos resultados elencados pela política pública no Estado.

Ricardo de Oliveira
Secretário de Estado da Saúde

INTRODUÇÃO

O presente Plano Estadual de Saúde (PES) conforme definição na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, constitui-se no instrumento central de planejamento para o período de 2016 a 2019, orienta a implementação das iniciativas de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), além de refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e a capacidade assistencial para o seu atendimento.

A elaboração deste plano envolveu todos os setores da SESA no nível central e as Regiões de Saúde compatibilizadas com as diretrizes nacionais, a elaboração do Plano Plurianual (PPA) para o mesmo período, instrumento de governo que estabelece metas físicas e financeiras a partir dos desafios estabelecidos no Planejamento Estratégico de Governo e o Planejamento Estratégico SESA (definição de Projetos prioritários), como demonstrado a seguir:

Quadro 1 : Planejamento Estratégico de Governo

DESAFIOS	PROGRAMA PPA
Ampliar a resolatividade e cobertura da rede primária de saúde	Atenção Integral à Saúde
Ampliar e facilitar o acesso do cidadão aos serviços de saúde especializada e mais humanizados	Atenção Integral à Saúde
Aumentar o protagonismo do cidadão nos cuidados com a própria saúde	Implementação do Sistema de Vigilância
Melhorar a Gestão do Sistema de Saúde	Gestão da Política de Saúde no Estado – Choque de Gestão

Fonte: Secretaria de Estado de Planejamento –SEP/ES

No debate com as Regiões de Saúde buscamos compatibilizar o processo de planejamento regional, que teve como produto a elaboração de planos regionais, elencando metas regionais convergentes e que passam a integrar o Plano Estadual.

Resultante do consenso destes debates, este plano foi apresentado ao Conselho Estadual junto aos representantes de sua gestão anterior e retomado na gestão atual, considerando ainda também as recomendações aprovadas na 8ª Conferência Estadual

de Saúde e Etapa Estadual da 15ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 30 de setembro, 01 e 02 de outubro de 2015.

O PES visa estabelecer diretrizes em direção à ampliação e qualificação do acesso universal, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida.

As metas expressas no Plano de Saúde são operacionalizadas por meio da Programação Anual de Saúde (PAS) e seu monitoramento e avaliação serão expressos nos Relatórios Quadrimestrais e no Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumentos legais estabelecidos. Além disso, será implementado novo processo de monitoramento, que consta como meta deste PES.

GESTÃO EM SAÚDE

Assegurar o direito à saúde e prover uma atenção de qualidade, oportuna, continuada e integral ao cidadão constitui um desafio cotidiano, desde a criação do SUS. A perspectiva é que o sistema se aproxime dessa proposta através da constituição de redes, regionalmente articuladas. Regionalizar a oferta de serviços em saúde é uma tarefa muito complexa, principalmente considerando-se as diferenças e disparidades econômicas, sociais e culturais de cada ente federado e Regiões de Saúde.

A descentralização político-administrativa representa um dos princípios organizativos do SUS, conforme lei 8.080/1990, com o intuito de consolidar um sistema de saúde de acesso universal, equânime, de assistência integral, com uma rede de serviços hierarquizada, com participação social e gestão eficiente dos recursos. Na primeira década de existência do SUS, a municipalização, ao tempo que trouxe os municípios para o protagonismo da gestão – contrapondo-se à lógica centralizadora da gestão pública brasileira – mostrou-se insuficiente para equacionar problemas como a fragmentação da provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva da rede de serviços.

A regionalização surge então como um contraponto à excessiva descentralização e pulverização da gestão e se constitui em um importante processo para diminuir as grandes desigualdades no território brasileiro.

A regionalização é um processo fundamental para o avanço do SUS. Ela envolve pactuações e acordos políticos entre os três entes federados (união, estados e municípios) e o desenvolvimento de estratégias e processos voltados para a integração

de serviços, instituições, atores e práticas nos territórios, sendo destacada no Pacto pela Saúde como eixo estruturante para o fortalecimento e qualificação da gestão do SUS. Além disso, a região agrega aspectos peculiares na dinâmica cooperativa entre os municípios, no desenvolvimento e na articulação dos diversos campos da atenção à saúde no território: assistência, vigilância em saúde, formação e gestão de recursos humanos, produção e alocação de tecnologias e insumos para a saúde.

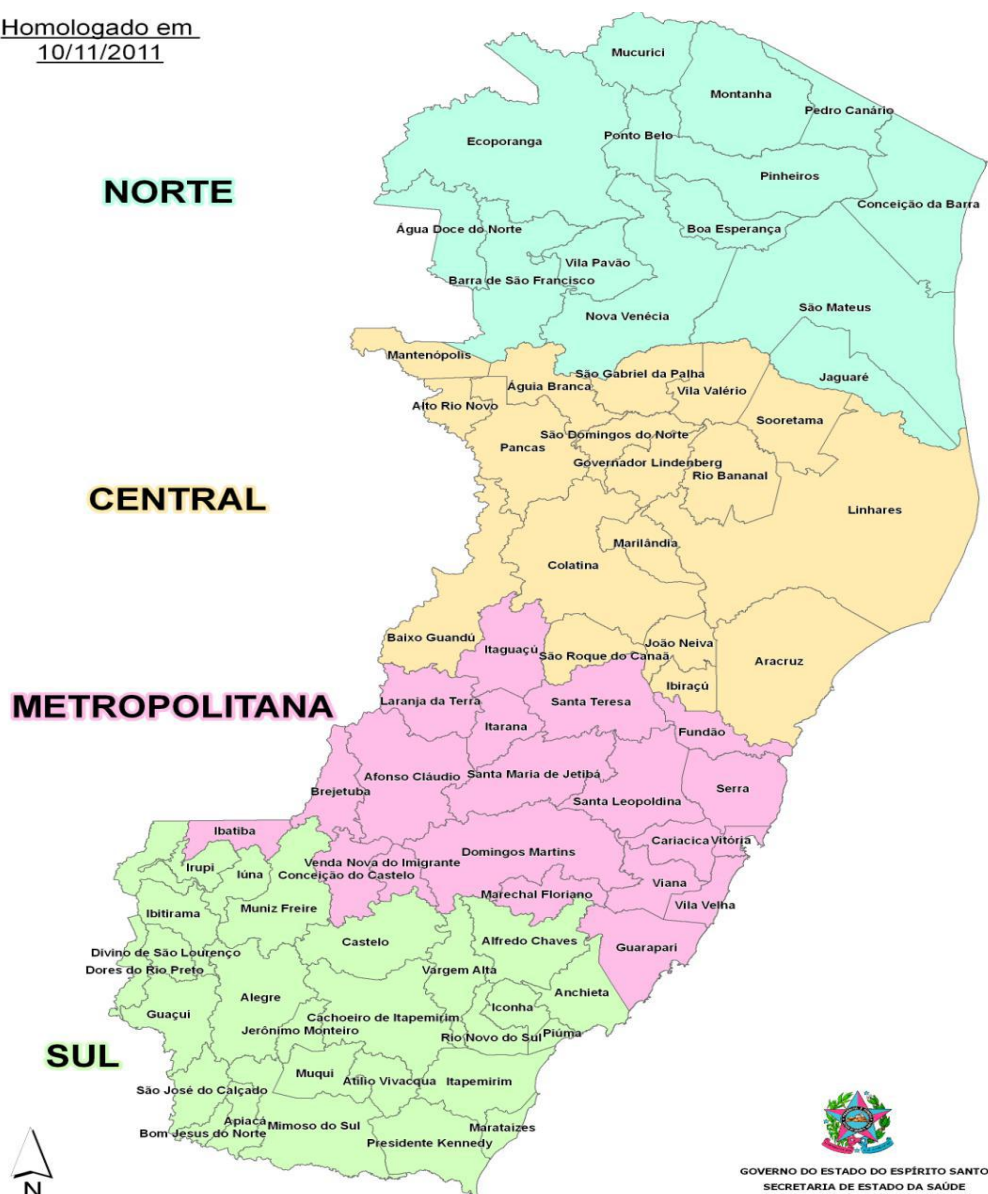
Compreendemos região de saúde como recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Portanto, não devemos definir uma região com base em estruturas administrativas ou equipamentos de saúde preexistentes, mas sim segundo as necessidades sociais de saúde da população em articulação com as dinâmicas sociais gerais, além da rede de serviços oferecidos e demais recursos da região. É preciso que se construa uma identidade regional capaz de impulsionar e legitimar este processo, que já se encontra em curso no Estado, entendendo quais são os aspectos semelhantes e díspares que juntos resultam nessa identidade.

A regionalização da saúde do estado do Espírito Santo tem como objetivos alvos: o processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais; o acesso assegurado a todos; a resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde; e a integralidade da atenção à saúde em todos os níveis. Também aponta a necessidade de se avançar na equidade da política de saúde, para reduzir as desigualdades regionais, racionalizar gastos e otimizar a aplicação dos recursos na região.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente, de 2011, recompôs nossa geopolítica de saúde respeitando ao máximo esses princípios e dividiu o Estado em quatro Regiões de Saúde: Norte, Metropolitana, Sul e Central.

Figura 1: Regionalização (PDR) de 2011

Homologado em
10/11/2011



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

Nesta perspectiva de fortalecer as Regiões de Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde, em conjunto com o COSEMS-ES e o Ministério da Saúde, desenvolveu em 2015 um processo de “Formação em Ação” nas 04 regiões, com a metodologia da equipe técnica do HCor/LIGRESS para a elaboração dos Planos de Intervenção Regional (PIR), com objetivo de potencializar equipes técnicas e gestores de cada região para operar sobre o desenvolvimento dos sistemas regionais.

O processo de regionalização em curso avançou nos aspectos do compromisso político do gestor estadual com o processo de descentralização/regionalização; na qualificação dos técnicos e gestores municipais e estaduais dentro de uma lógica de planejamento com base nas necessidades sociais; na mudança de planejamento normativo para o planejamento estratégico; pactuação de uma agenda bipartite regional; regionalização como possibilidade de trazer para perto do usuário a solução dos problemas de saúde e a integralidade do cuidado; mudança de atuação fragmentada para uma visão integrada de atuação na perspectiva de novo modo de provisão e de corresponsabilidade de gestão; elaboração coletiva de um Plano de Intervenção Regional (PIR) orientado para enfrentamento de problemáticas relevantes para a região e entrega de resultados e impactos positivos para a saúde da população.

Os Planos de Intervenção Regional (PIR) foram elaborados por gestores, técnicos estaduais e municipais. Inicialmente foram destacadas quatro áreas temáticas por Região de Saúde, a partir das necessidades sociais identificadas, a saber:

Região Norte: Materno Infantil; Saúde Mental; Envelhecimento e Violência e Acidentes;

Região Central: Materno Infantil; Saúde Mental; Envelhecimento e Câncer de Mama;

Região Metropolitana: Materno Infantil; Saúde Mental; Envelhecimento e Violência e Acidentes;

Região Sul: Materno Infantil; Saúde Mental; Sífilis e Doenças Cardiovasculares.

Também destacaram questões transversais relacionadas à gestão/operacionalização das redes regionais de atenção, tais como: regulação, transporte sanitário, reabilitação, movimentos migratórios e contratualização. Todos esses temas foram estudados, analisados e apresentados a partir da realidade de cada região, bem como as propostas de intervenção para o enfrentamento dos problemas destacados.

Com o propósito de fortalecer as práticas de gestão e a governança nas Regiões de Saúde, foram organizados grupos de planejamento regional, compostos por técnicos das superintendências, gestores e técnicos municipais que garantirão a condução do Planejamento Estratégico Regional. Nesta mesma lógica, o nível central da SESA

também está voltado para reorientação dos seus processos de trabalho na lógica do processo de regionalização.

Dentre as principais questões a serem enfrentadas neste quadriênio destacam-se:

- A indução para que se avance na gestão compartilhada com os municípios, seja por meio da administração direta, seja por meio de consórcios ou outra modalidade de gerenciamento, em especial para os 26 municípios em que os recursos financeiros federais próprios e contratualizados ainda permanecem sob gestão estadual.
- A abordagem inovadora acerca da mensuração de custos no setor público vem ganhando cada vez mais importância, não só pelo histórico subfinanciamento do sistema, permanentemente denunciado, mas pela obrigação da gestão pública de perseguir a eficiência e efetividade na alocação dos recursos financeiros disponíveis. Para tal, faz-se necessário a implantação de sistemas de apuração de custos e a adoção de indicadores de desempenho da atividade estatal.

Com esse intuito, por meio do Decreto Estadual nº 3789-R, de 10 de março de 2015, foi criada a Subsecretaria de Gestão Estratégica e Inovação, com 02 novas gerências:

- **Gerência de Economia da Saúde e Inovação**

Com o objetivo de fomentar a adoção de práticas gerenciais relacionadas com a gestão estratégica de custos e com a sustentabilidade em todas as unidades e setores da SESA, otimizando o uso da capacidade instalada e reduzindo desperdícios e viabilizar estudos e análises econômicas sobre a organização, funcionamento, financiamento, demandas e aspectos mercadológicos do setor saúde bem como a formulação e adoção de práticas técnico-gerenciais empreendedoras e inovadoras no âmbito da gestão pública.

- **Gerência de Projetos**

Alinhada ao projeto de Governo de entregar resultados à sociedade, focando os recursos no que é essencial para os cidadãos, que tem o objetivo de sistematizar as ações de gerenciamento dos projetos prioritários de modo que o Sistema Estadual de Saúde alcance os resultados esperados na ampliação de sua capacidade assistencial e de gestão, contribui para a implantação de uma gestão que promove a sustentabilidade do resultado, por meio da inovação na Saúde, da quebra de paradigmas e a construção de uma nova identidade na condução dos projetos de Governo.

Fruto do trabalho coordenado por esta subsecretaria e suas gerências, em 2015 foram estabelecidas uma carteira de projetos prioritários, abaixo elencados e que integram as metas do PES 2016-19:

1	DESAFIO 1 - AMPLIAR A RESOLUTIVIDADE E COBERTURA DA REDE PRIMÁRIA DE SAÚDE
1.1	Integração e Efetivação das Redes de atenção à saúde
1.1.1	Ampliação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde
1.1.2	Construção de 16 unidades de saúde da família, 3 CAPS e 1 PA
1.1.3	Política de atenção à saúde prisional implementada
1.2	Programa Estadual de Atenção Integral às Doenças Transmitidas pelo Aedes Aegypti
1.2.1	Projeto de Enfrentamento ao Zika Vírus
2	DESAFIO 2 – AMPLIAR E FACILITAR O ACESSO DO CIDADÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS E MAIS HUMANIZADOS
2.1	Ampliação e Modernização da Rede de Saúde Especializada
2.1.1	Conclusão do Hospital de Urgência e Emergência – HEUE
2.1.2	Construção e implantação do Hospital Geral de Cariacica
2.1.3	Implantação de 5 (cinco) Centros de Consultas e Exames Especializados
2.1.4	Implantação de 224 Novos Leitos
2.1.5	Expansão do SAMU 192 na região metropolitana de Saúde
2.1.6	Construção do Novo Hospital Infantil de Vitória
2.1.7	Disponibilização de 100 novos leitos de saúde mental
2.1.8	Reestruturação de 4 (quatro) centros regionais de Especialidades
2.1.9	Perfilização e contratualização de 4 (quatro) Hospitais Regionais para cuidados paliativos
2.1.10	Fortalecimento da rede Estadual Materno Infantil
2.1.11	Reforma e ampliação da maternidade de São Mateus
2.1.12	Reforma e ampliação da maternidade de Cachoeiro
2.1.13	Implantação de um Sistema de Transporte Eletivo
2.2	Implantação do Complexo Regulador
2.2.1	Expansão da regulação de consultas e exames
2.2.2	Adequação da regulação de internação
2.2.3	Reestruturação do CERAC
2.2.4	Adequação da regulação da captação e transplante de órgãos
2.2.5	Contratualização da rede hospitalar própria e complementar
2.3	Implementação da política de humanização no SUS
2.3.1	Humanização do atendimento hospitalar
2.3.2	Humanização do atendimento nos CRE's
2.3.3	Humanização do atendimento nas Farmácias Cidades
2.3.4	Humanização no ambiente de trabalho

3	DESAFIO 3 – AUMENTAR O PROTAGONISMO DO CIDADÃO NOS CUIDADOS COM A PRÓPRIA SAÚDE
3.1	Vida no trânsito
3.2	Por uma vida mais saudável
4	DESAFIO 4 – MELHORAR A GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE
4.1	Choque de Gestão na Saúde Orientado a Resultado
4.1.1	Implantação de um modelo de meritocracia na gestão em saúde
4.1.2	Implantação do Portal para gestão de filas
4.1.3	Elaboração dos Planos Regionais de Saúde
4.1.4	Reorganização, desenvolvimento e modernização institucional
4.1.5	Implantação da Central de aquisição e logística integrada de armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos de saúde
4.1.6	Implantação de um Sistema de informações gerenciais estratégicas
4.1.7	Implantação do sistema de informação de saúde pública
4.1.8	Qualificação de Profissionais da Saúde
4.1.9	Gestão estratégica da judicialização
4.1.10	Implantação de Gestão por Resultados na Rede Hospitalar - projeto piloto HABF
4.1.10.a	Implantação de um projeto piloto de gestão estratégica de custos no HEABF
4.1.11	Implantação de um Plano de Comunicação
4.1.12	Reestruturação da Vigilância em Saúde
4.1.12.a	Expansão do LACEN
4.1.12.b	Novo SVO - Serviço de Verificação de Óbito
4.1.12.c	Reestruturação da Vigilância Sanitária
4.1.12.d	Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica
4.2	Sustentabilidade Ambiental no Âmbito da SESA

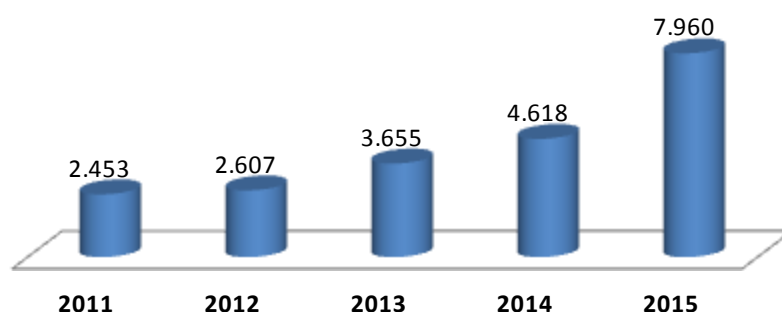
Uma questão importante que tem se manifestado no Brasil nas últimas duas décadas, diz respeito à crescente demanda feita pelo cidadão, via judiciário, pleiteando aquisição de medicamentos, internações em leitos clínicos e de UTI.

O processo de Judicialização é um fenômeno crescente que vem acarretando importantes impactos nas políticas públicas e nos orçamentos de todos os entes federativos, colocando em risco o orçamento público destinado à execução satisfatória das políticas de Saúde. Tais impactos são causados por decisões judiciais não condizentes com o orçamento público, e podem levar à inviabilidade da política pública de saúde que tem toda a sua previsão orçamentária regulamentada em lei própria.

No Estado do Espírito Santo não é diferente, no ano 2011 registrou-se um quantitativo de 2.453 demandas judiciais que representaram um gasto de R\$ 12,3 milhões. No ano de 2015 foram 7960 demandas com um gasto superior a R\$ 64 milhões. Entre 2011 e 2015, o número de processos judicializados cresceu em 225%.

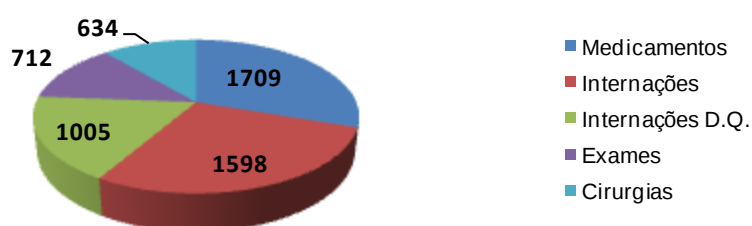
A administração pública necessita de ações inovadoras para tratar a questão da Judicialização da Saúde, com estratégias para atender em tempo hábil e com resolutividade os processos judiciais em tramitação, diagnosticando as políticas públicas que devem ser implementadas, fortalecendo a concessão de um direito igualitário aos usuários, evitando-se assim que decisões judiciais proporcionem favorecimento individual ou de um segmento específico.

Gráfico 1: Evolução da Judicialização nos últimos 5 anos (número de processos abertos por ano)



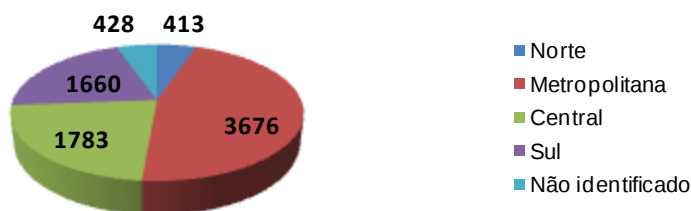
Fonte: SESA/NJ

Gráfico 2 : Mandados por área demandada - ES 2015



Fonte: SESA/NJ

Gráfico 3 : Mandados por Região de Saúde – ES 2015



Fonte: SESA/NJ

Na Assistência Farmacêutica, no ano 2012, registrou-se um quantitativo de 868 demandas judiciais novas, que representaram um gasto de R\$9,6 milhões. No ano de 2015, este quantitativo deu um salto para de 1.051 novas demandas, o que representou um gasto de R\$22,6 milhões.

Outro aspecto importante da Gestão diz respeito aos sistemas de informação em saúde, que podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde e a Gestão da Educação Permanente em Saúde.

No contexto nacional, o Ministério da Saúde tem instituído sistemas, entre eles o Sistema de Pactuação dos Indicadores (SISPACTO) e a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), que possibilitam o monitoramento dos resultados e a tomada de decisão em busca do melhor desempenho da gestão e das condições de saúde da população.

O uso da informação para tomada de decisão, bem como a adoção e o monitoramento de indicadores para a aferição dos resultados da política de saúde e de sua gestão, é um tema transversal na SESA e sua institucionalização é questão relevante. Algumas práticas demonstram a trajetória da gestão estadual no uso das informações para subsidiar o planejamento e suas decisões, como a pactuação dos indicadores do SISPACTO, firmada anualmente pelo ES e seus municípios sob coordenação da SESA em parceria com as Superintendências Regionais de Saúde; o uso das informações disponibilizadas pelos diversos sistemas de saúde (SIM, SINAN, SINASC, SIA, SIH,

dentre outros) por técnicos, gestores e pesquisadores; o empenho recente na instituição em construir um painel de informações estratégicas para a gestão.

Entretanto, a aplicação estratégica das informações ainda é um processo que necessita romper barreiras culturais, tecnológicas e técnicas que hoje dificultam a utilização da informação no planejamento e na tomada de decisão e também na adoção de uma prática de monitoramento e avaliação dos resultados.

No Estado do Espírito Santo o processamento e alimentação das bases de dados nacionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizados (SIHD) e do Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) são de responsabilidade dos municípios e da Secretaria de Estado da Saúde conforme a gestão definida em cada território/estabelecimento.

A Gestão do Trabalho nas últimas décadas vem passando por grandes transformações, trazendo novos desafios para as organizações. Como resposta, a qualidade da prestação de serviços aos usuários do sistema de saúde tem sido uma exigência maior no processo de trabalho, demandando uma nova forma de pensar, estruturar e desenvolver trabalhadores capazes de produzir e oferecer serviços com eficiência e eficácia.

Fundamentam-se como necessárias e essenciais a profissionalização e a valorização do servidor público. Neste sentido, uma nova política de recursos humanos vem sendo implementada para atender aos papéis assumidos pelo Estado, de caráter regulatório e de articulação dos agentes econômicos, sociais e políticos - de crescente importância no mundo contemporâneo além do aprimoramento na formulação de políticas públicas e na prestação dos serviços públicos.

Pensar em gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (ARIAS et al., 2006, p. 119). Assim, revela-se a importância de se estruturar uma efetiva política para a área nas três esferas de governo, envolvendo os setores públicos e privados que compõem o sistema de saúde, contribuindo, dessa forma, para a promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS.

Para efeito de análise do cenário das redes de atenção à saúde e fixação dos profissionais nos territórios regionais no estado do Espírito Santo, podemos citar o que

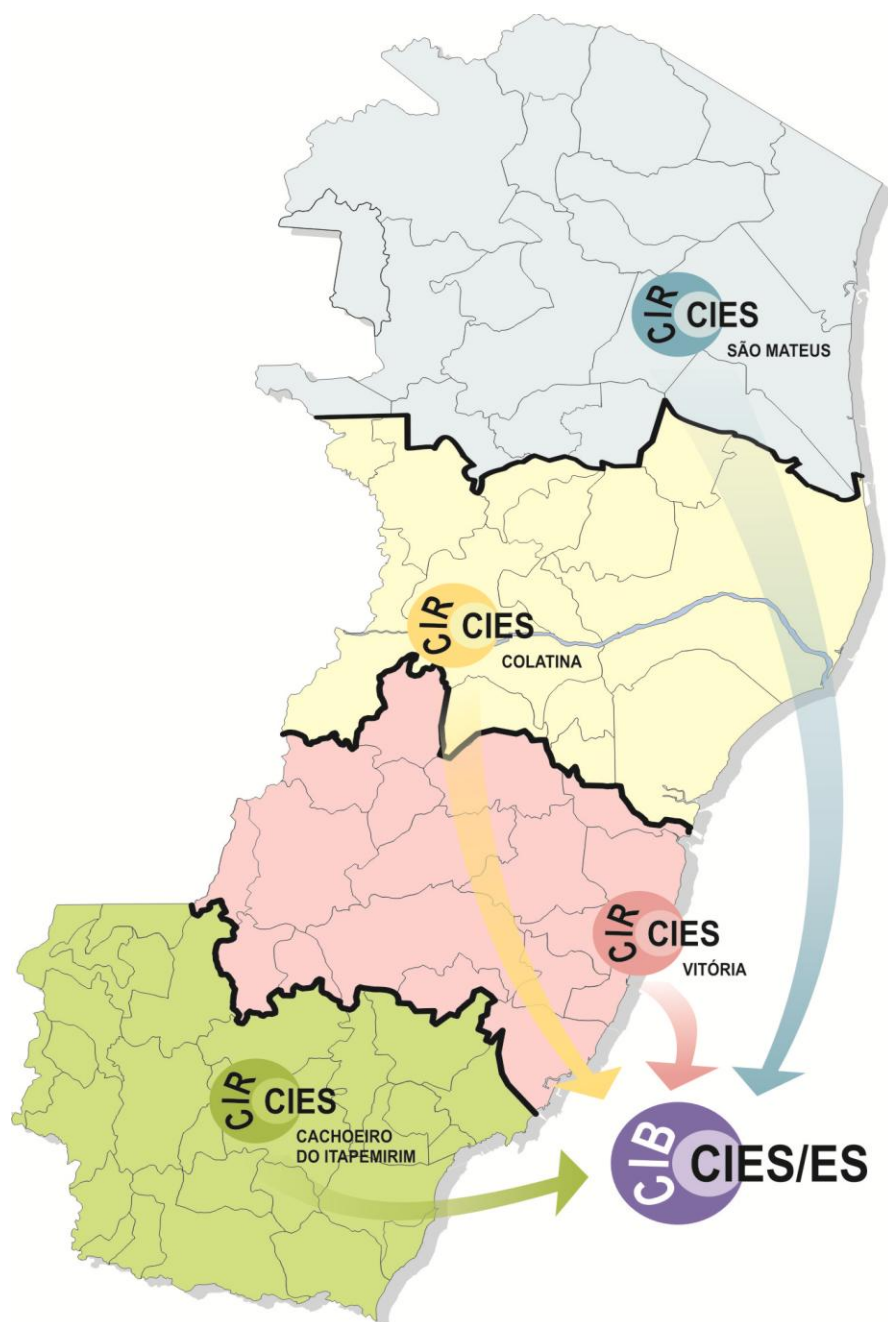
recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS): um médico para mil habitantes, porém este parâmetro é insuficiente para definir a proporção de especialistas com uma base populacional, o que limita políticas públicas e planejamentos de longo prazo, mas é possível realizar algumas estimativas para balizar as necessidades de especialistas para municípios, estados e países.

Baseado nas estimativas de parâmetros de necessidades de especialistas foi possível elaborar resolução na Comissão Intergestores Bipartite (Resolução CIB 070/2014 publicado no DIOES em 27/05/15, p.10-11) e apontar as prioridades para elaboração de projetos de residência no Estado do ES e as necessidades em números absolutos em 2020 e 2030 (respectivamente entre parêntesis), a saber, Endocrinologia (54 e 58), geriatria (137 e 148), Medicina de Família e Comunidade (2.806 e 3.039), neurologia (41 e 45), otorrinolaringologia (74 e 81), pediatria (240 e 260) e psiquiatria (178 e 193).

Mesmo que não seja universal e que haja diferenças entre os países que adotam métodos de estimativas de necessidades de especialistas, ao menos foi possível utilizar algum parâmetro para referenciar política pública estadual e que com a Lei 12.871 (Mais Médicos), possibilita o debate e cria elementos para que estados e municípios compartilhem a responsabilidade na formação de recursos humanos para saúde.

Os desafios colocados para a Gestão do Trabalho perpassam pelas seguintes iniciativas: enraizamento das mesas de negociação do SUS, para além do município de Vitória; combinação de políticas nas três esferas de governo para fixação dos profissionais de saúde, estruturação das redes de atenção e ampliação do atendimento à população; articulação da educação permanente em saúde e da educação em serviço ao desenvolvimento de carreira; organização de um sistema com dados e informações atualizados sobre a força de trabalho em saúde e estabelecimento de parcerias para a implantação da agenda de gestão do trabalho em saúde a nível local e regional.

Figura 2 : Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES).



No Estado do Espírito Santo, desde 2008, a governança regional na área da gestão da educação vem sendo implementada nas quatro Regiões de Saúde, por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES).

As CIES são “Instâncias Intersetoriais e Interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH-SUS”. Sua composição envolve diversos atores, dentre eles destacamos aqueles sugeridos no artigo 5º da portaria GM/MS nº 1.996, de agosto de 2007, a saber: Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

O grande desafio das CIES no Espírito Santo é a discussão efetiva de políticas educacionais que aproximem tanto os movimentos sociais quanto as Instituições de Ensino com cursos na área da Saúde, ao cotidiano do trabalho, formulando políticas que considerem gestores, trabalhadores, controle social e instituições formadoras, para garantir adequada formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS no Espírito Santo.

Atualmente, há uma grande oferta de cursos à distância pelas instituições ligadas ao Ministério da Saúde. Por outro lado, as ofertas de cursos presenciais ofertadas pelo Estado em parceria com instituições de ensino locais não tem recebido adesão significativa pelos municípios, seja por dificuldade de liberação dos técnicos pelo gestor, seja pelas limitações orçamentárias dos municípios para custear despesas como garantia de contrapartida dos municípios beneficiários.

No tocante à Tecnologia de Educação à Distância (EAD), o desafio é reconhecer que essa tecnologia deve ser vista como ferramenta estratégica e não como projeto político pedagógico. Essa tecnologia EAD está disponível no programa Telessaúde, atualmente funcionando em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo, por meio do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) e o Instituto Federal e Tecnológico (IFES).

A Humanização é uma política pública que transversaliza as diferentes ações e instâncias do SUS. Busca viabilizar o acolhimento e acesso aos serviços de saúde com resolutividade, agilidade, ética e transparência, estimulando a comunicação, troca de saberes entre os sujeitos envolvidos na produção da saúde. Torna-se essencial a

construção de redes de atenção e de gestão que fomentem e assegurem vínculos em diferentes dimensões, assumindo uma postura ética de respeito à vida, à dignidade e aos direitos do cidadão, reafirmando os princípios fundamentais do SUS.

Ainda no âmbito da Gestão da Educação é necessário estabelecimento de parcerias com Instituições de Ensino Técnico e de Nível Superior do próprio Estado, bem como adesão às capacitações ofertadas por Instituições prestadoras de serviços educacionais vinculadas ao Ministério da Saúde, como aquelas ligadas ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI), Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), que nos últimos anos têm ofertado formação para os trabalhadores do estado do Espírito Santo.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Segundo dados disponíveis pelo DATASUS, a população estimada para o Espírito Santo em 2015 foi de 3.929.911 habitantes, com mais de 55% localizada na Região de Saúde Metropolitana, confirmando a concentração populacional neste território. Por outro lado, a Região de Saúde Norte apresentou comportamento inverso.

Tabela 1: População Estimada. ES e Regiões de Saúde, 2015.

Região de Saúde	Habitantes	%
Norte	425.796	10,83%
Central	642.611	16,35%
Metropolitana	2.180.633	55,49%
Sul	680.871	17,33%
ES	3.929.911	100%

Fonte: Elaboração própria. MS/DATASUS. Estimativas populacionais enviadas para o TCU.

Tomando como base as estimativas populacionais para 2014, observou-se que grande parte dos nossos municípios, 40 cidades (51,3%), possuíam até 20 mil habitantes. A Região de Saúde Central tinha a maior concentração daqueles menos populosos (61,11%), seguida pela Região Sul, onde representavam 57,7%. No geral, os municípios que possuíam entre 20 e 50 mil habitantes representavam 34,6% e apenas 05 cidades contavam com mais de 200 mil residentes: Cachoeiro do Itapemirim, Vitória, Vila Velha, Cariacica e Serra.

Segundo o Instituto Jones Santos Neves (IJSN-2015), 15,5% da população capixaba viviam na área rural em 2014 e o grau de urbanização apresentou aumento no Espírito Santo entre 2004 e 2014.

Na distribuição por sexo, os dados relativos ao ano de 2012¹ demonstraram que, exceto na Região Norte, a população feminina superava a masculina em todas as Regiões de Saúde (Tabela 2).

Tabela 2: População residente por sexo e região de saúde. ES, 2012.

Região	Masculino	%	Feminino	%	Total
Norte	195.265	50,02	195.086	49,98	390.351
Central	290.615	49,87	292.171	50,13	582.786
Metropolitana	963.022	48,75	1.012.416	51,25	1.975.438
Sul	313.366	49,78	316.126	50,22	629.492
Total	1.762.268	49,25	1.815.799	50,75	3.578.067

Fonte: Elaboração própria. MS/DATASUS. Estimativas populacionais enviadas para o TCU.

Com base na PNAD 2014, estudo do IJSN (2015, p. 12) informa que as pessoas pertencentes à categoria preto/pardo representaram 59% da população total do Estado, ou seja, 2,3 milhões de habitantes, revelando um aumento de 0,4 milhões desde 2004. Deste contingente, 87,2% se concentrava na área urbana (IJSN, 2015, p. 14).

Quanto ao crescimento da população, estudo do Instituto Jones dos Santos Neves com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2014 (IJSN, 2015), demonstra que tanto a população capixaba quanto a brasileira sofreu uma desaceleração no ritmo de crescimento entre os anos de 2004 e 2014, sendo que no ES a taxa anual de crescimento populacional foi de 1,5% no primeiro período comparado (2004-2005) e de 1,2% no último (2013-2014). No comparativo das Regiões de Saúde, a projeção para os períodos 2010-2020 e 2020-2030, considera um cenário de queda no crescimento populacional em todas elas. Entretanto, os dados projetados indicam que as regiões terão crescimento populacional superior ao do País no último período projetado (Tabela 3), com exceção da Região Sul.

¹ O ano de 2012 é último período em que a estratificação por idade e sexo está disponível pelo DATASUS.

Tabela 3: Taxa de Crescimento por região de saúde. ES, 2000-2010, 2010-2020, 2020-2030

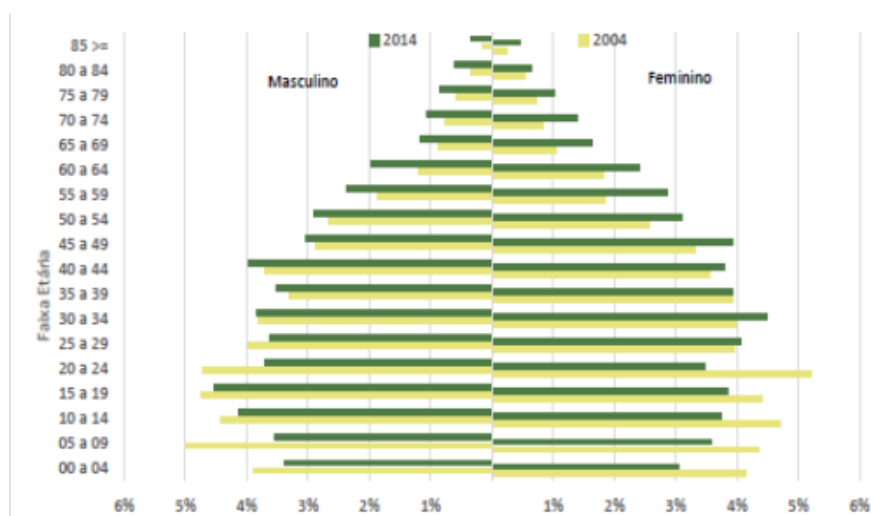
Região	2000-2010	2010-2020	2020-2030
Brasil	1,17	1,07	0,51
Norte	1,00	1,45	0,67
Central	1,44	1,76	0,87
Metropolitana	1,48	1,79	0,89
Sul	0,67	1,22	0,51

Fonte: Região e Redes. <http://www.resbr.net.br/>

O mesmo estudo do IJSN (2015) que adota a PNAD 2014 por referência, afirma a ocorrência de uma transformação da estrutura etária populacional, distanciando-se um pouco da forma piramidal tradicional em decorrência do gradual envelhecimento da população. (Gráfico: 4):

Em 2014, 15% da população do Estado tinha até nove anos de idade, sendo que em 2004 essa participação era de 17,4%. Por outro lado, a população com 60 anos ou mais de idade representou 13,6% dos habitantes totais no último ano, enquanto que em 2004 alcançou 9,5%. Nas faixas etárias mais jovens ocorreu diminuição da participação enquanto nas faixas etárias mais elevadas ocorreu crescimento da participação. (IJSN, 2015, p. 18)

Gráfico 4: Estrutura etária. ES, 2004 e 2014.

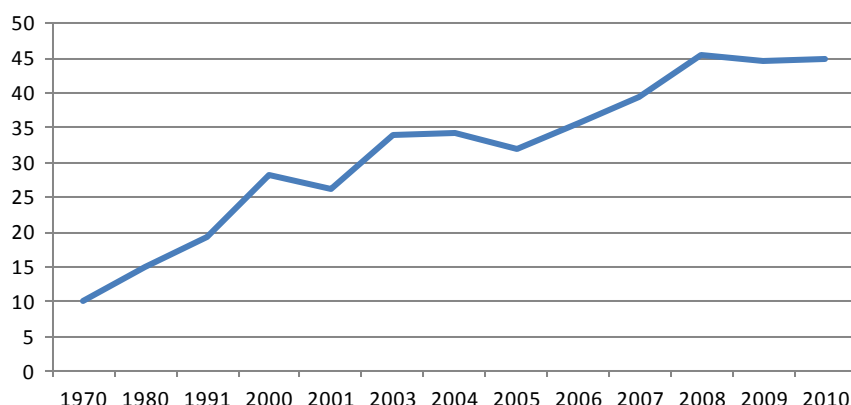


Fonte: PNDA/IBGE. Elaboração: USN – Coordenação de Estatística (CEST)

Miranda et al (2014) avaliam que o processo de transição demográfica no ES encontra-se atualmente em fase mais avançada que a média do País, dado o comportamento dos indicadores de esperança de vida ao nascer de 75,9 e o declínio do número de filhos por mulher para 1,75 em 2010. Como resultado dessa transição, os autores enfatizam o alongamento da duração da vida e suas implicações políticas e sociais, uma vez que no decorrer do tempo registram-se efeitos significativos sobre a estrutura da população: redução da representação das crianças, diminuição da população em idade ativa, envelhecimento e feminização da população.

Coerente com o Estatuto do Idoso, o índice de envelhecimento apresentado a seguir, considera em seu cálculo o número de pessoas de 60 e mais anos de idade (CLOSS; SCHWANKE, 2012). Como fica evidenciado no Gráfico 5, ele tem se elevado ao longo dos anos e tais valores aumentados indicam, além do envelhecimento da população, um avanço na transição demográfica.

Gráfico 5: Índice de Envelhecimento do ES



Fonte: Elaboração própria. Informações obtidas em Closs e Schwanke (2012) que consideram dados do IBGE.

Para as Regiões de Saúde, o percentual de pessoas com 60 anos e mais de idade, apresentado na Tabela 4 também demonstra o crescimento da participação de idosos, tendo a Região Sul o maior percentual em todos os três anos observados (2000-2010-2012).

Tabela 4: Percentual de pessoas idosas (60 anos e mais) por região de saúde. ES, 2000, 2010 e 2012.

Região	2000	2010	2012
ES	8,08%	10,38%	10,36%
Norte	8,19%	10,29%	10,27%
Central	8,39%	10,27%	10,25%
Metropolitana	7,50%	9,95%	9,94%
Sul	9,40%	11,86%	11,86%

Fonte: Elaboração própria. MS/DATASUS/TABNET (censos 2000 e 2010 e estimativa populacional 2012)

Tomando como base o ano de 2012, os dados de população indicam que nas Regiões de Saúde havia uma predominância feminina entre os idosos. Dentre as pessoas de 60 anos e mais de idade, as mulheres representavam 56,55% na Região Metropolitana, 53,61% na Região Central e 52,11% e 53,06% na Norte e Sul, respectivamente. No total do ES, as mulheres significavam 54,89% dentre os idosos (Tabela 5). Assim, como no Brasil, demonstra-se aqui também um processo de feminização da população, atribuído ao fato de que as mulheres são mais longevas que os homens, além da incidência dos riscos de mortalidade se apresentar maior para o sexo masculino.

Tabela 5: Percentual de pessoas idosas, segundo sexo por região de saúde. ES, 2012

Região	Masculino	Feminino
ES	45,10%	54,90%
Norte	47,89%	52,11%
Central	46,39%	53,61%
Metropolitana	43,44%	56,56%
Sul	46,94%	53,06%

Fonte: Elaboração própria. MS/DATASUS. Estimativas populacionais enviadas para o TCU.

Portanto, estamos diante de um quadro onde se reafirma o aspecto do envelhecimento populacional como um fato que merece atenção especial no planejamento e adoção de políticas públicas dos diversos setores voltadas para o envelhecimento autônomo, saudável, seguro e protegido da população. O envelhecimento da população, tal como identificado nas Regiões de Saúde e no conjunto do ES sugere que estamos apresentando, principalmente, uma redução dos níveis de fecundidade e um aumento da expectativa de vida. Isso significa que a população irá demandar mais dos serviços de saúde em virtude do aparecimento ou agravamento de doenças crônicas.

Quanto à taxa de fecundidade, observamos uma queda no ES entre os anos 2000 e 2011, indicando um decréscimo no número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher. Em 2000, cada mulher tinha em média 2,08 filhos ao final de seu período reprodutivo, em 2011 essa média ficou em 1,69 (Tabela 6). Valores inferiores a 2,1 sugerem uma fecundidade insuficiente para a reposição da população (RIPSA 2012a).

O decréscimo da taxa pode estar associado a fatores como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego.

Tabela 6: Taxa de Fecundidade. Brasil, Região Sudeste e estados, 2000 e 2011.

Região	2000	2011
Brasil	2,29	1,78
Região Sudeste	2,06	1,66
ES	2,08	1,69
MG	2,12	1,59
RJ	2,05	1,63
SP	2,03	1,69

Fonte: RIPSA/IDB 2012 a.

No que diz respeito à esperança de vida da população (RIPSA, 2012 b), esta registrou aumento de 10,24% em 20 anos, indo de 69,63 para 76,76 anos entre 1992 e 2012.

A queda da taxa bruta de natalidade entre 2000 e 2010 (RIPSA, 2012 c) demonstra ter havido um decréscimo na intensidade da natalidade sobre nossa população, afinal em 10 anos passamos de 18,97 para 14,95 nascidos vivos para cada mil habitantes (Tabela 7).

As projeções para as décadas futuras (IBGE, 2016) também indicam o mesmo movimento descendente da natalidade demonstrada na previsão de uma taxa de 12,20 e 10,35 para os anos 2020 e 2030 respectivamente. Comportamento semelhante é notado nas Regiões de Saúde (REGIÃO E REDES, 2016), com destaque para a Região Sul que registra a menor taxa do estado (Tabela 8).

Tabela 7: Taxa Bruta de Natalidade. ES, 2000, 2010, 2020 e 2030

Ano	Taxa
2000	18,97
2010	14,95
2020	12,20
2030	10,35

Fonte: RIPSa (2000 E 2010). IBGE/PROJEÇÕES (2020 e 2030)

Tabela 8: Taxa Bruta de Natalidade por Regiões de Saúde. ES, 2000/2013

Região	2000	2010	2012	2013
Norte	18,86	14,99	14,58	13,96
Central	18,56	14,41	14,00	13,45
Metropolitana	19,26	15,28	15,34	14,72
Sul	17,91	13,27	13,79	12,73

Fonte: Região e Redes. <http://www.resbr.net.br/>

A razão de dependência é um dos aspectos importantes para análise da estrutura da população, pois avalia a participação relativa do grupo populacional potencialmente inativo sobre a população ativa. Com base na PNAD 2014, estudo do IJSN (2015) informa que para cada 100 pessoas em idade ativa, havia 53,8 dependentes, valor abaixo do registrado para o Brasil (54,7).

No âmbito das Regiões de Saúde (Tabela 9), as informações sobre razão de dependência que se referem ao ano de 2010 e consideram pessoas maiores que 65 anos, indicam que encontramos na Região de Saúde Norte o maior índice para o indicador (REGIÃO E REDES, 2016).

Tabela 9: Razão de Dependência - RD. ES, Regiões de Saúde, 2010.

Região	2010
Norte	47,87
Central	44,30
Metropolitana	41,52
Sul	44,99

Fonte: Região e Redes. <http://www.resbr.net.br/>

Além dos indicadores demográficos, outro aspecto a considerar na análise da população, diz respeito às populações tradicionais e grupos específicos presentes do ES e que,

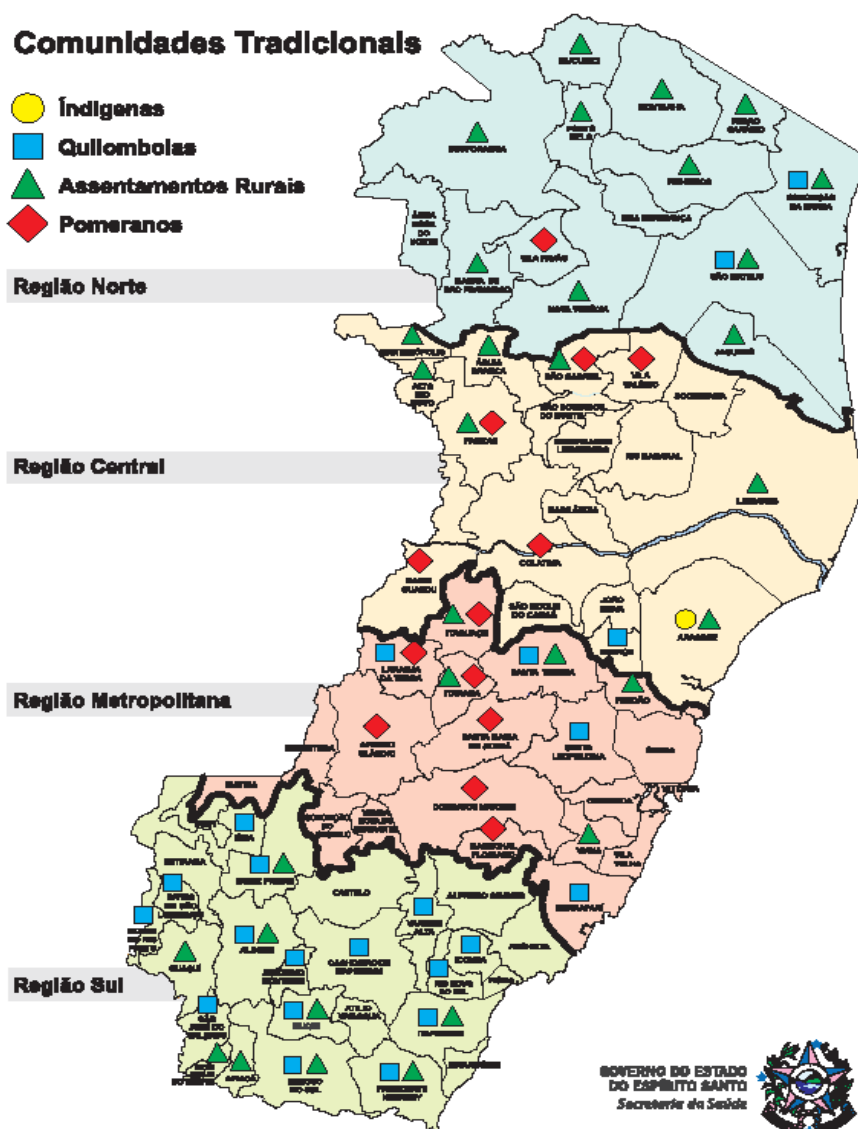
devido suas particularidades culturais e sociais, demandam atenção específica da política de saúde.

A população indígena aldeada do ES é composta por 3.414 índios (Guaranis e Tupiniquins) e ainda 254 pessoas não indígenas, que totalizam 3.668 habitantes residentes nas aldeias indígenas de Aracruz, conforme registro do Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) para o ano de 2014.

Essas comunidades possuem uma organização própria dos serviços de saúde que são os Pólos-Base. No ES, conforme consta no SIASI (2014) temos dois pólos: Caieiras Velha e Comboios. O primeiro apresenta uma população de 2.041 indígenas distribuídos em seis aldeias: Caieiras Velha, Boa Esperança, Irajá, Piraqueaçu, Três Palmeiras e Areal. O Polo-Base Comboios conta com uma população de 1.063 indígenas, distribuídos em quatro aldeias: Comboios, Córrego do Ouro, Olho D'Água e Pau Brasil. Todas as aldeias possuem cobertura da APS.

Segundo a Fundação Cultural Palmares, considerando dados atualizados até a Portaria nº 104 de 20/05/2016, o ES apresenta 72 comunidades **quilombolas** (38 certificadas e 34 identificadas) e conforme podemos observar, as comunidades estão distribuídas por todas as Regiões de Saúde, havendo maior concentração nas regiões norte e sul (Figura 3).

Figura 3: Comunidades Tradicionais. ES, 2016.



Fonte: IBGE

Segundo o IJSN (2015), a PNAD 2014 aponta que a população rural, representava 15,5% dos habitantes capixabas. Neste cenário temos 90 assentamentos rurais distribuídos em todas as Regiões de Saúde e que abrigam cerca de 6.500 famílias (INCRA, 2015). Outro aspecto da população rural diz respeito aos Pomeranos concentrados a maior parte deles em comunidades rurais de 13 municípios do Estado e que, segundo dados do Instituto de Investigação e Desenvolvimento em Política Linguística (IPOL), totalizavam em 2014 cerca de 145 mil pessoas. Uma das características dessa população é a presença do câncer de pele.

Vivendo em condições de exclusão social, caracterizadas pela pobreza e ruptura de relações familiares e quase sempre fora do mercado de trabalho, tínhamos em agosto/2015, segundo informação publicadas em A Gazeta, aproximadamente 600 pessoas vivendo em situação de rua na Região da Grande Vitória.

Dados do IBGE apontavam que, em 2010, a população LGBT representava 10% da população brasileira. Tomando este parâmetro como referência e aplicando-o sobre a população estimada pelo IBGE para o ano de 2015, podemos considerar que o ES conta com uma população de 392.991 pessoas.

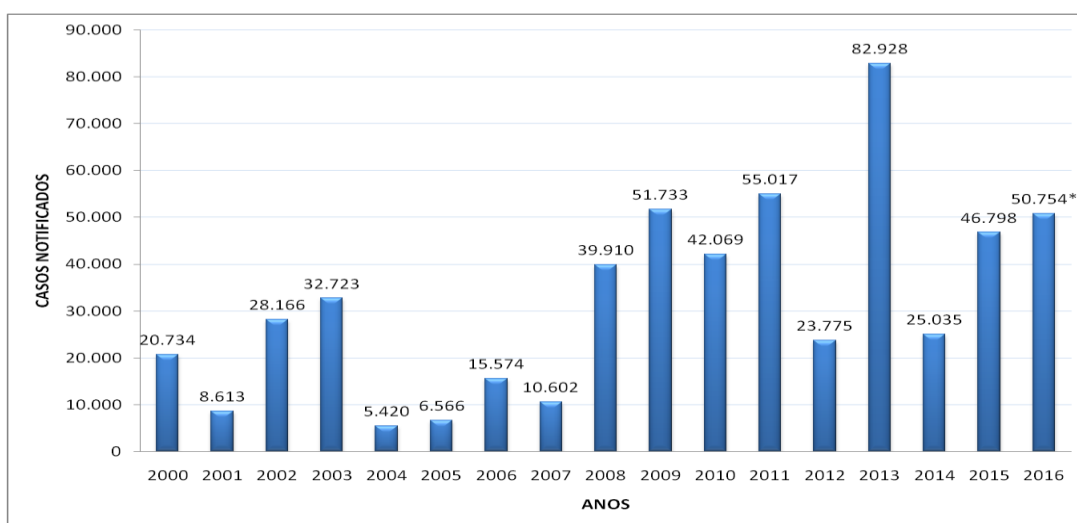
MORBIDADE E MORTALIDADE

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, incluindo tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Inclui ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. O conceito de vigilância em saúde abrange a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária².

² A vigilância epidemiológica reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos. Além disso, age no controle dessas doenças específicas. A vigilância ambiental se dedica às interferências dos ambientes físico, psicológico e social na saúde. As ações neste contexto têm privilegiado, por exemplo, o controle da água de consumo humano, o controle de resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores. As ações de vigilância sanitária dirigem-se, geralmente, ao controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos. Realizam também a fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, e ainda inspecionam os processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente. Já a área de saúde do trabalhador realiza estudos, ações de prevenção,

Sendo assim, no contexto da vigilância dos agravos de relevância para o ES, estão as arboviroses com destaque para a dengue, a chikungunya, a infecção pelo Zika vírus, a febre amarela e a malária. Em 2015 o Brasil notificou 1.649.008 casos suspeitos de dengue, dos quais 62% foram na região sudeste. No ES, foram notificados 46.798 casos, representando um aumento de 86,9% em relação ao ano anterior (Figura 16). A incidência em 2015 foi de 1.191 casos/100 mil habitantes, resultado considerado alto segundo critérios do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Para o ano de 2016, apesar de preliminares, os dados já apontam para um agravamento da situação.

Gráfico 6 : Casos notificados de dengue. ES, 2000-2016.

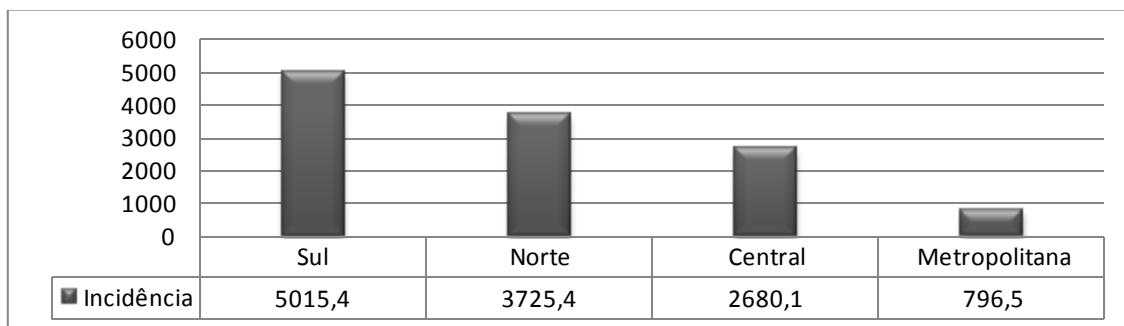


Fonte: MS/DATASUS/SINAN

*Dados consolidados até a SE 36 de 2016, sujeitos a revisão.

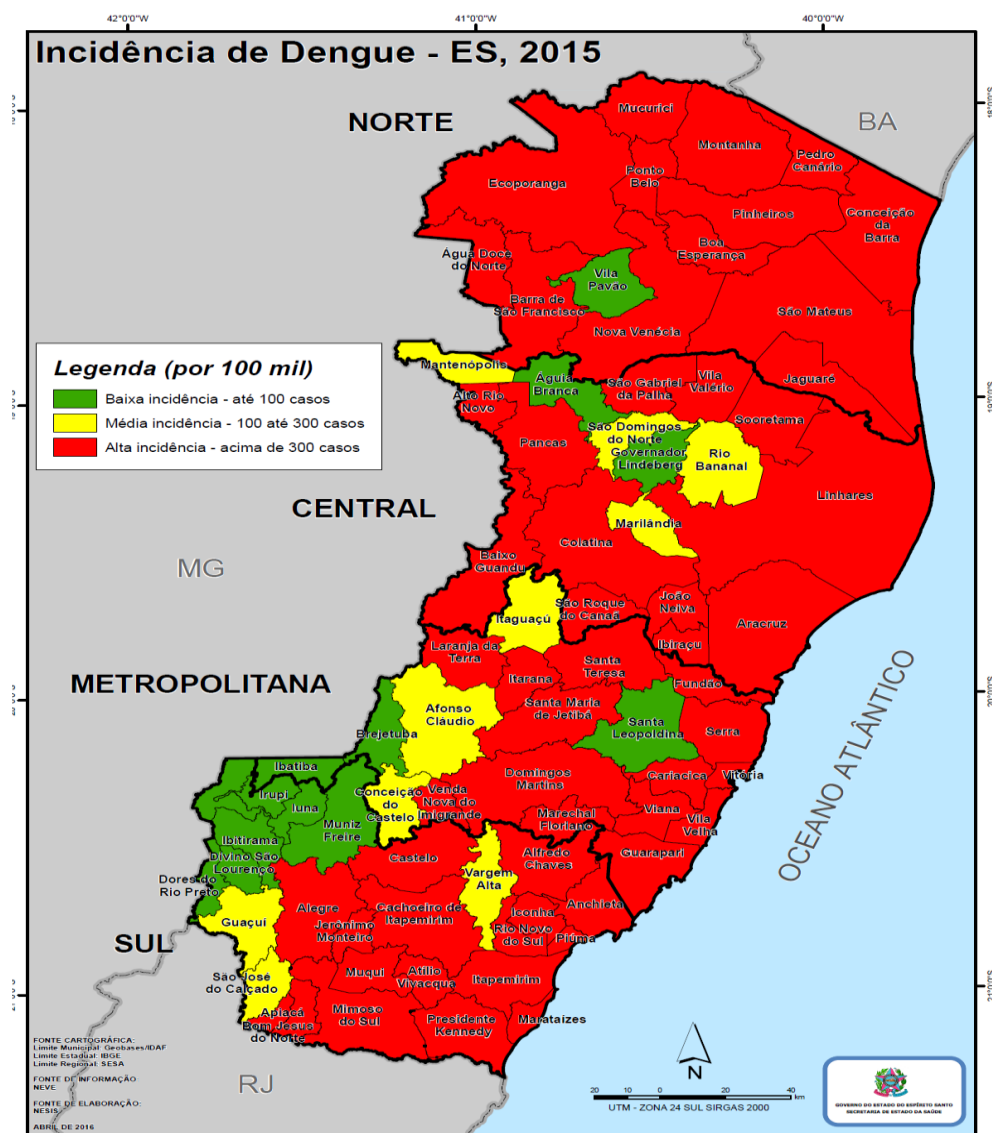
Em relação à incidência de dengue nas Regiões de Saúde para o ano de 2015, o maior índice foi registrado na Região Sul (Figura 4) e dentre os 78 municípios do Estado, 56 apresentaram elevada incidência (Figura 5). A Região Metropolitana apresentou a menor incidência no mesmo ano, apesar de ter concentrado a maioria das notificações de dengue ao longo dos últimos seis anos.

Figura 4: Incidência de Dengue no ano de 2015 por região de saúde.



Fonte: MS/DATASUS/SINAN Online

Figura 5: Incidência de Dengue em municípios do ES, 2015.



Apesar da queda no número de casos graves da doença, a letalidade de dengue no ES vem se mantendo alta com taxas de 5,9 e 5,3 nos últimos dois anos. A Organização Mundial da Saúde preconiza letalidade abaixo de 1%.

Quadro 2: Casos graves confirmados (CG), óbitos confirmados (O) e taxa de letalidade (TL) de dengue segundo Regiões de Saúde. ES, 2010 – 2015.

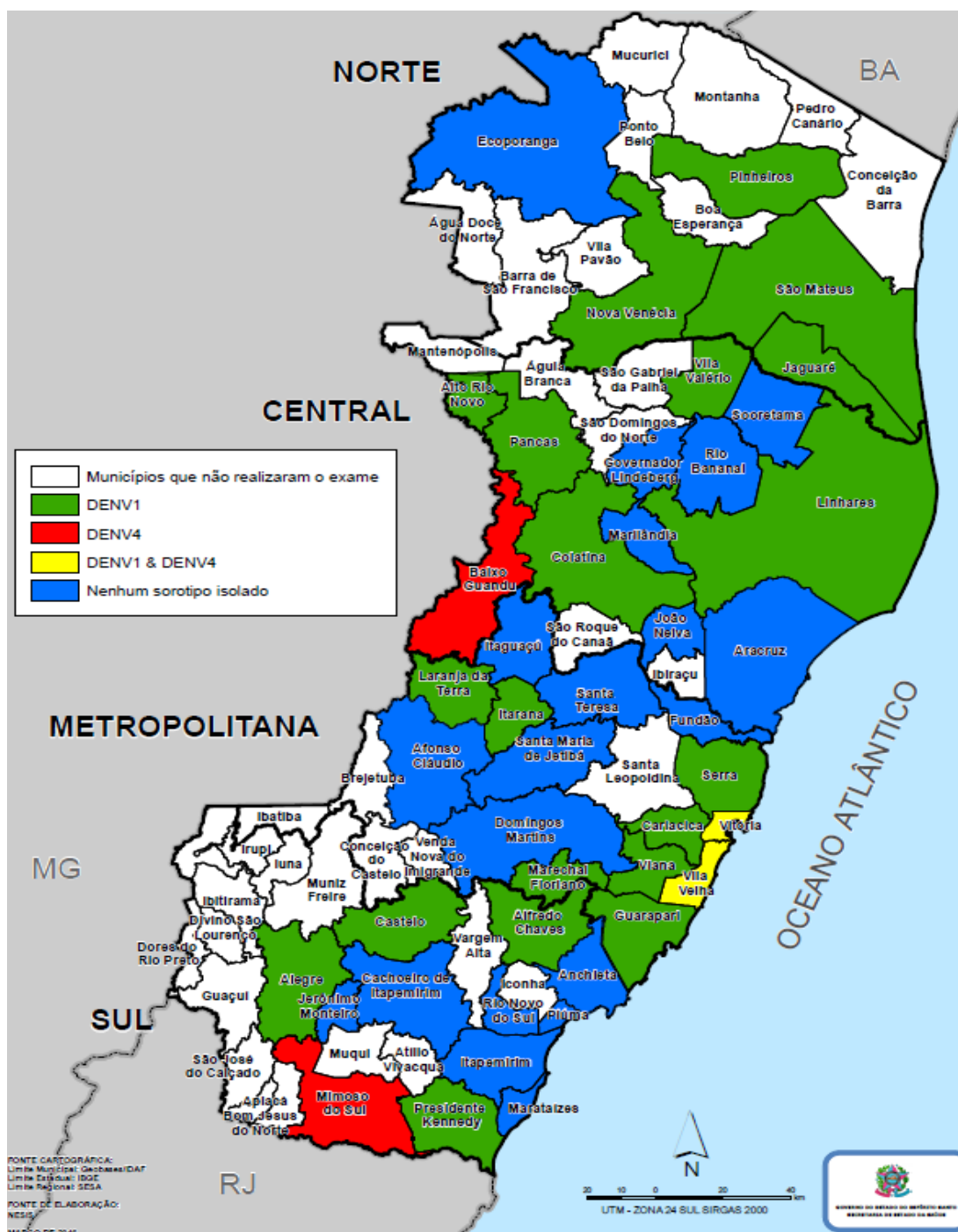
	REGIÃO											
	Norte			Central			Metropolitana			Região Sul		
CASOS	CG	O	TL	CG	O	TL	CG	O	TL	CG	O	TL
2010	05	0	0,0	133	02	1,5	1451	11	0,8	03	01	33,3
2011	29	03	10,3	118	02	1,1	2337	15	0,6	28	02	7,1
2012	05	01	20,0	15	01	6,7	610	10	1,6	01	0	0,0
2013	05	0	0,0	22	04	18,2	1467	23	1,6	07	03	42,8
2014	06	03	50,0	06	02	33,3	345	15	4,3	12	02	16,6
2015	09	03	33,3	117	09	7,69	467	18	0,5	10	02	20,0

Fonte: MS/DATASUS/SINAN.

A infestação pelo vetor *A. aegypti* atingiu 100% dos municípios do Estado, porém o número anual de municípios com transmissão é variável. Na distribuição dos sorotipos de dengue em 2015 (Figura 5) observa-se a circulação predominante do sorotipo DENV 1 em todas as Regiões de Saúde, do sorotipo DENV 4 nos municípios de Baixo Guandú e Mimoso do Sul e DENV 1 e 4 nos municípios de Vitória e Vila Velha.

Entretanto, essa representação da transmissão do vírus no ES pode estar influenciada pelo não envio de amostras para sorotipagem em quantidade e qualidade adequadas pelos municípios.

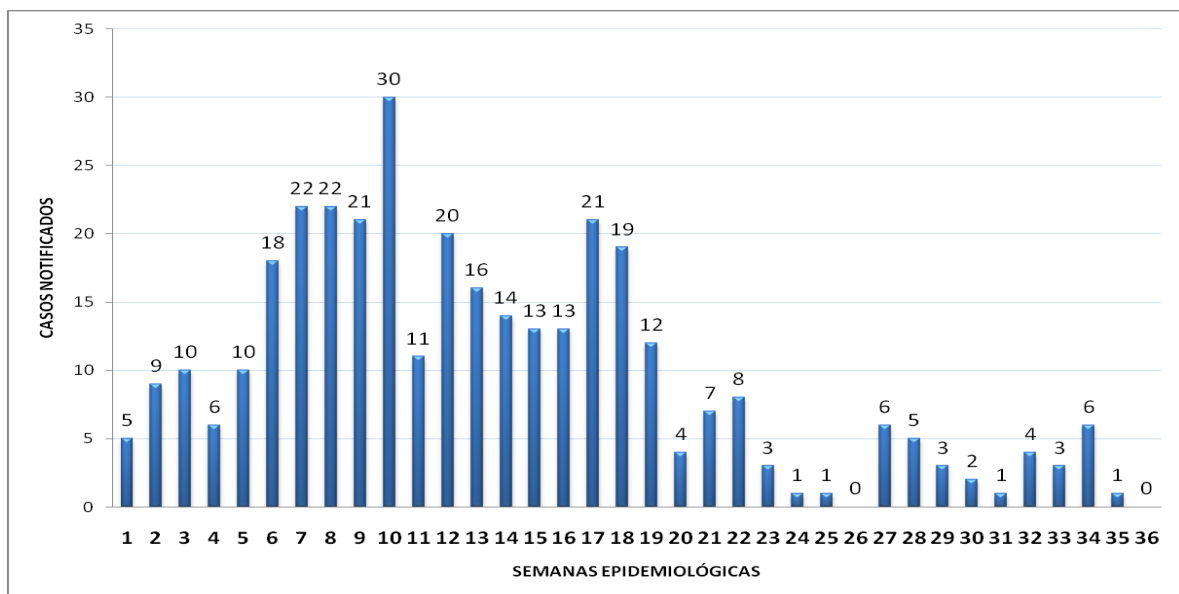
Figura 6: Isolamento viral da dengue nos municípios. ES, 2015



Fonte: SESA-ES/LACEN

Desde 2014 o estado apresenta disseminação da **Chikungunya**, quando foram notificados 07 casos. Já no ano seguinte, esse número subiu para 102 casos. A transmissão autóctone da doença foi inicialmente detectada nos municípios da Serra, Guaçuí e Vila Velha. Em 2016, segundo dados do SINAN consolidados até a semana epidemiológica 36, haviam 347 casos notificados, com 75 casos positivos (Gráfico 7). Casos autóctones aconteceram em Aracruz, Afonso Cláudio, Cariacica, Cachoeiro de Itapemirim, Guarapari, Guaçuí, Vila Velha, Vitória e Serra.

Gráfico 7 : Casos Notificados Chikungunya. ES, 2016

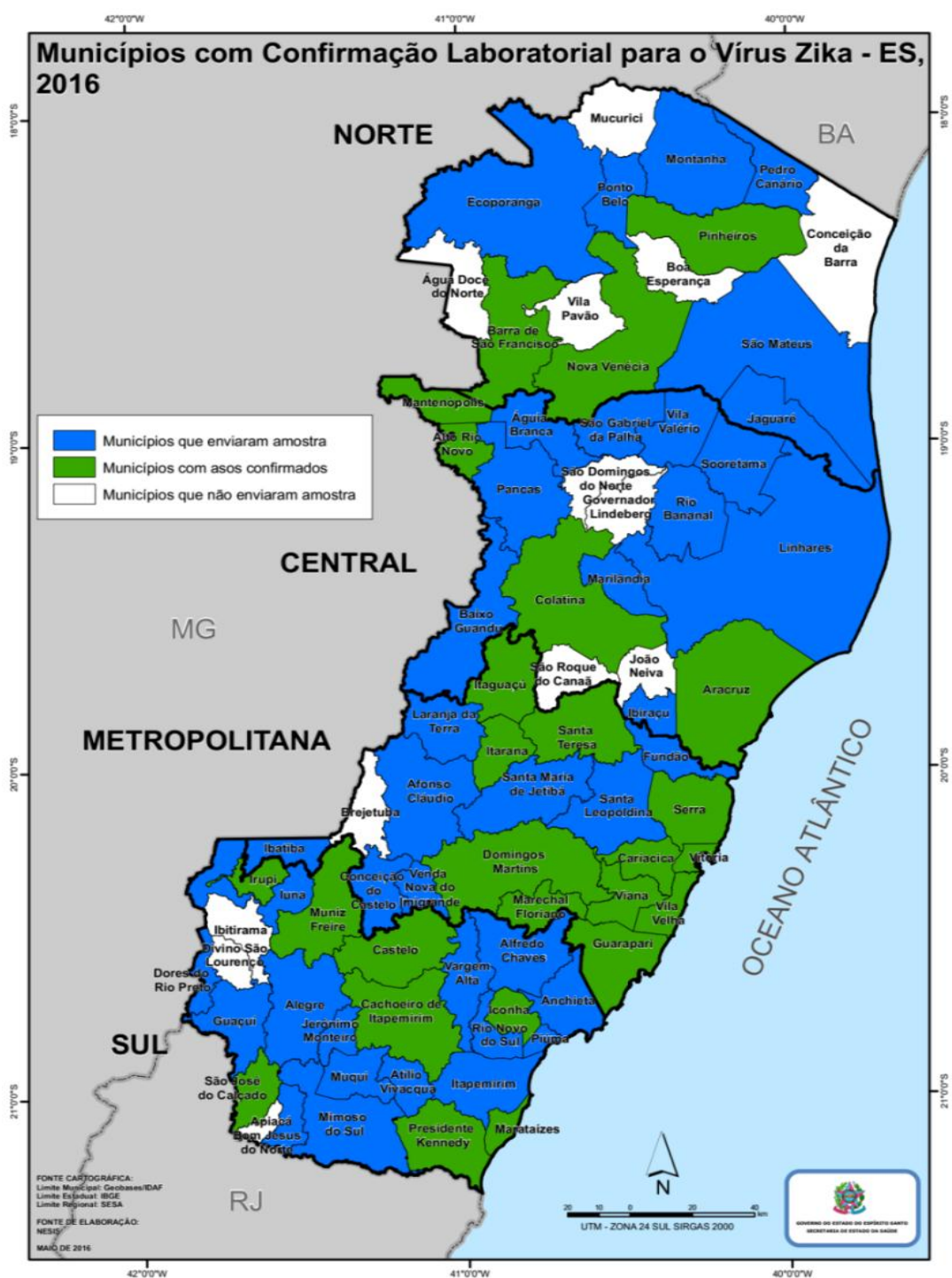


Fonte: MS/DATASUS/SINAN.

*Dados consolidados até a 36 SE.

A infecção pelo **ZikaV** (vírus) acometeu 1.204 indivíduos em 2015, com 33 notificações de microcefalia, indicando a gravidade da doença introduzida no estado. Para 2016, foram 2.789 casos notificados pela infecção ZikaV com notificação de 236 casos de microcefalia, dos quais 64 confirmaram. O mapa a seguir demonstra que em todas as Regiões de Saúde houve municípios com confirmação laboratorial para o vírus (Figura 7).

Figura 7: Municípios com Confirmação Laboratorial para o Vírus Zika. ES, 2016



Fonte: SESA / NEVE

Quanto à microcefalia, alguns anos anteriores registram casos da doença no ES, como no cenário nacional, ainda que numa escala inferior e sem destaque para sua associação com o ZikaV (Tabela 10)

Tabela 10: Casos de microcefalia notificados por ano. Brasil, 2010-2014.

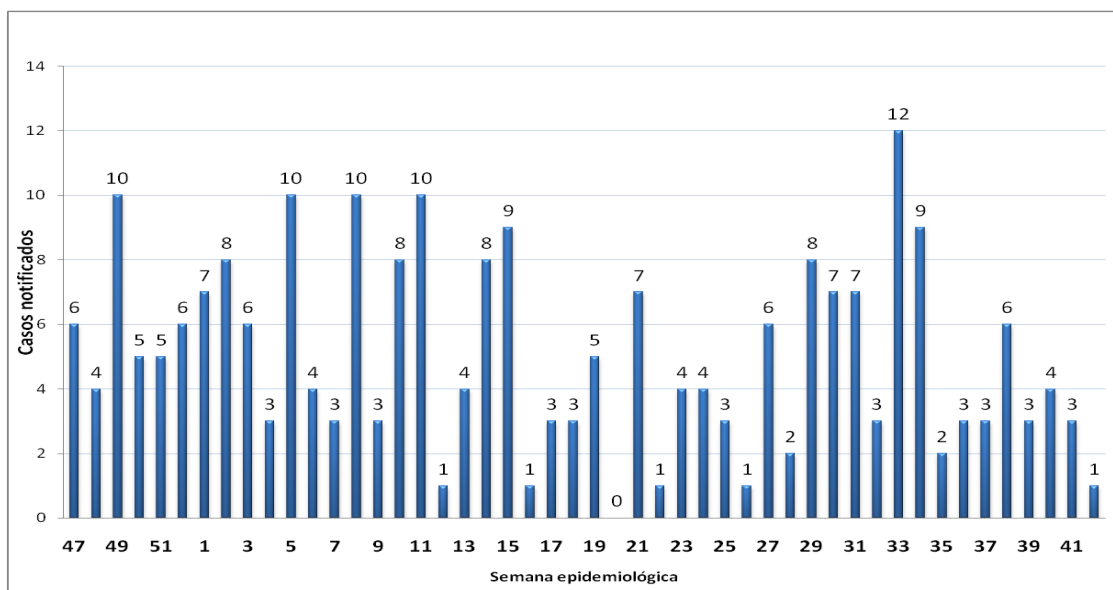
UF	2010	2011	2012	2013	2014
Espírito Santo	2	4	5	4	3
Pernambuco	7	5	9	10	12
Paraíba	6	2	3	5	5
R. G. do Norte	2	2	4	0	1
Sergipe	3	1	2	0	2
Alagoas	3	7	2	3	2
Bahia	12	13	7	14	7
Piauí	1	0	4	4	6
Ceará	8	4	9	5	7
Maranhão	3	2	6	2	2
Tocantins	1	0	1	4	0
Rio de Janeiro	10	15	8	19	10
Goiás	3	4	3	2	3
Distrito Federal	3	3	1	2	2
Mato G. do Sul	0	0	1	3	0

Fonte: SESA-ES/SSAROAS/GEVS – Nota Técnica 001/2015

Indicando a intensidade do agravo, o gráfico a seguir (Gráfico 8) mostra a notificação dos casos de microcefalia no ES a partir de 22/11/2015 (semana epidemiológica 47) até 15/10/2016 (semana epidemiológica 41) e reforça que pesquisas sobre o tema são importantes para esclarecer como ocorre a transmissão desse vírus, qual sua atuação no organismo humano, como ocorre a infecção do feto e qual o período de maior vulnerabilidade para a gestante.

Esta situação obrigou a adoção de providencias e protocolos específicos de atendimento especialmente às gestantes.

Gráfico 8 : Notificação de casos de microcefalia. ES, 2015-2016.



Fonte: MS/DATASUS/SINAN (Dados consolidados até a SE 42, 12/11)

A Febre Amarela não apresenta casos autóctones no Espírito Santo, região considerada como área de baixo risco de transmissão da doença. Entretanto, dado o risco de urbanização da febre amarela, cujas epizootias se aproximam cada vez mais do território capixaba, o *Aedes aegypti* requer vigilância constante.

No Espírito Santo ocorrem dois padrões diferentes de transmissão da malária: malária residual de sistema de Mata Atlântica e malária importada. No período de 2007 a 2014 foram confirmados 606 casos no estado, com maior resultado parasitológico para o *Plasmodium vivax*.

Dentre os confirmados, 293 casos foram autóctones segundo município de residência e predominaram homens trabalhadores agropecuários entre 20 e 49 anos. Destaca-se ainda a ocorrência de dois óbitos por malária no ano de 2011 e a ocorrência de diversos surtos subsequentes a casos importados. O ES é uma área receptiva a esta endemia por existir mosquitos anofelinos em todo território.

Dentre as zoonoses, são objetos de vigilância no ES a raiva humana, a leptospirose e a leishmaniose (tegumentar americana e visceral). A raiva humana teve os últimos casos registrados no ES em Cariacica e Laranja da Terra nos anos de 2001 e 2003, respectivamente. Desde então não houve novo registro de raiva humana, o que pode ser atribuído à qualidade do atendimento antirrábico humano e às coberturas alcançadas nas

campanhas anuais de vacinação antirrábica animal. Outra ação estratégica para a vigilância da raiva é o diagnóstico animal por permitir identificar municípios onde há circulação do vírus rábico. Os exames para tal diagnóstico são realizados em parceria com Instituto Biológico do Estado do Espírito Santo.

A Leptospirose é uma doença infecciosa febril, de início abrupto, cujo espectro pode variar desde um processo inaparente até formas graves. Trata-se de uma zoonose de grande importância social e econômica, apresentando alto custo hospitalar e perdas de dias de trabalho, além do risco de letalidade que pode chegar a 40% nos casos mais graves. A Tabela 11 demonstra a evolução das notificações e de óbitos de leptospirose entre 2010 e 2014. Demonstra também a inconclusão dos casos que ocorre por condução inadequada dos casos suspeitos e se constitui um desafio para a vigilância do agravo.

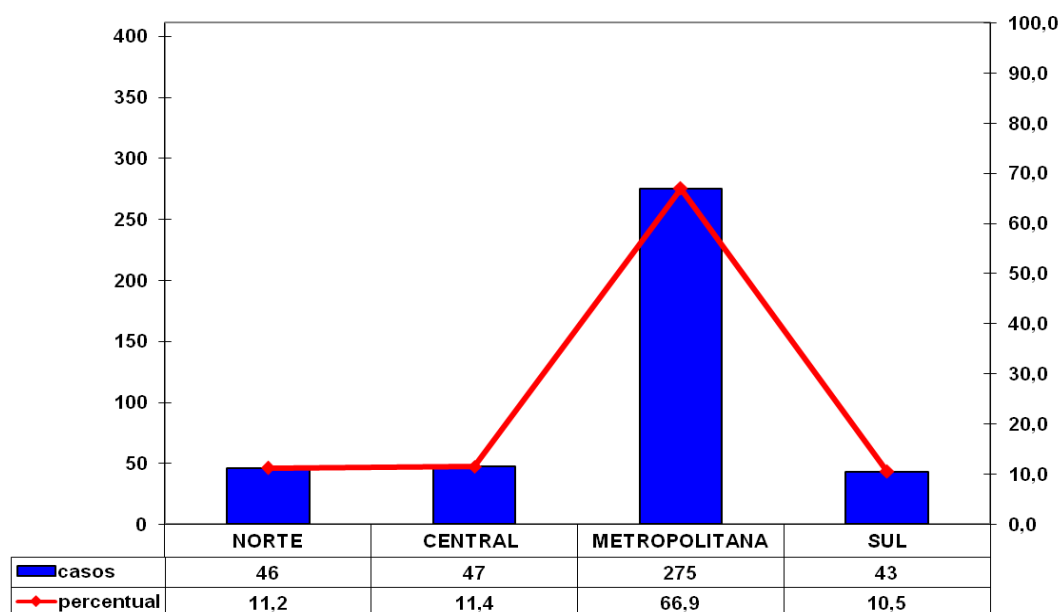
Tabela 11: Casos notificados de leptospirose. ES, 2010 - 2014.

Ano	Notificados	Confirmados	Descartado	Inconclusivos	Óbitos
2010	1986	266	1660	40	2
2011	2100	304	1695	44	19
2012	1462	238	1157	30	16
2013	1479	147	1251	47	8
2014	2094	276	1667	91	8

Fonte: SESA-ES/SINAN

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Leishmania*, não contagiosa, transmitidas por meio de vetores flebotomíneos (mosquito-palha) infectados, de evolução crônica, que acomete as estruturas da pele e mucosas, de forma localizada ou difusa. Entre os anos de 2007 a 2015, a Região Metropolitana tem liderado o maior número de casos da doença, quando analisados por município de residência (Gráfico 9).

Gráfico 9 : Casos e percentual de LTA segundo Região de Saúde no ES, 2007 a 2015

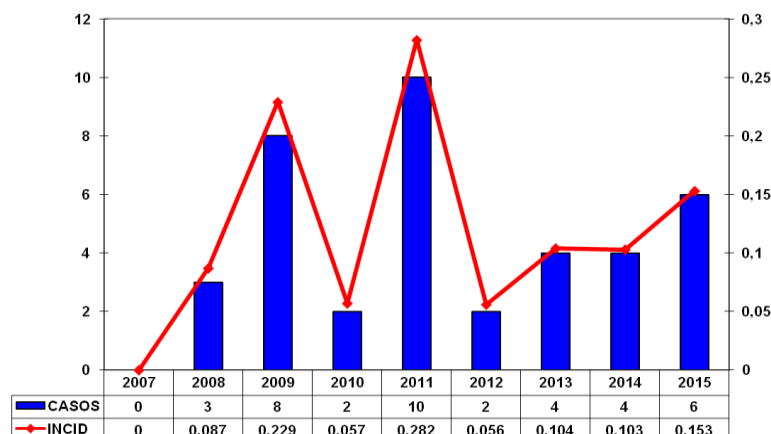


Fonte: SESA-ES/SINAN

A Leishmaniose Visceral (LV) é conhecida como calazar, esplenomegalia tropical e febre Dundun. É uma doença grave, potencialmente fatal para homem quando o tratamento adequado não é instituído. É causada por espécies do gênero *Leishmania*, pertencentes ao complexo *Leishmania (Leishmania) donovani*. Um total de 39 casos foram confirmados entre os anos de 2007 e 2015. Os municípios que lideram a quantidade de casos autóctones confirmados são Baixo Guandu, Pancas e Cariacica.

Assim como a LTA, ações vêm sendo desenvolvidas no Espírito Santo como capacitações dos profissionais dos municípios para o diagnóstico precoce e manejo clínico dos pacientes, bem como o controle químico do vetor, educação em saúde com os moradores e a pesquisa entomológica no local. Além disso, ações específicas como o inquérito sorológico canino são realizadas. Os casos complicados das Leishmanioses Humanas são encaminhados para referência da assistência deste agravo no ambulatório do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

Gráfico 10: Casos confirmados e taxa de incidência por 100.000/hab de LV no ES, 2007 A 2015



Fonte: SESA-ES/SINAN

Os acidentes por animais peçonhentos, em particular os ofídicos, acometem na maioria dos casos, populações de áreas rurais. Trata-se de um agravo subnotificado, negligenciado e silencioso. No Brasil, os animais peçonhentos de importância para a saúde pública são serpentes, aranhas, escorpiões, lagartas, abelhas, além de alguns animais aquáticos. Segundo dados do Ministério da Saúde, o ES ocupou entre 2007-2014 o 11º lugar no ranking nacional em acidentes por animais peçonhentos, sendo que entre 2010-2014 foram notificados no SINAN 20.261 acidentes. Destes 10.763 (53,12%) por escorpiões, 4.433 (21,87%) por serpentes, 1.748 (8,62%) por aranhas e 1.710 (8,43%) ocasionados por abelhas. No mesmo período, foram notificados 21 óbitos pelos acidentes, sendo que 11 na Região Norte, 5 na Região Central, 4 na Metropolitana e 1 na Região Sul. Os óbitos, por esta causa, podem estar relacionados com credices populares, equívocos no manejo clínico, conservação e armazenamento dos soros, uso indevido ou inexistente do uso de EPIs, dentre outros. No Estado, 50 municípios fazem atendimento às vítimas de acidentes por animais peçonhentos.

Entre 2010 e 2014 houve um aumento da notificação desse agravo e a Região Norte concentrou o maior número de casos notificados. A notificação foi menor na Região Sul, o que pode significar subnotificação uma vez que o clima favorece a multiplicação de algumas espécies. Desde 2006, os acidentes por escorpiões assumem a liderança no número de notificações dos acidentes por animais peçonhentos, seguidos por acidentes com serpentes, especialmente nas regiões norte, central e metropolitana. A partir de 2007 observamos um aumento significativo de acidentes por aranhas se comparamos aos

acidentes provocados por abelhas que até então ocupavam o terceiro lugar no ranking estadual.

Quanto à letalidade, os acidentes por animais peçonhentos apresentaram uma taxa de 0,02% (1 óbito notificado) em 2014. Sobre a clínica do caso, 75,58% das notificações foram de casos leves, os moderados representaram 20,29% e 2,1% das notificações foram graves (100 casos). O perfil dos acidentados indica predominância de pessoas procedentes da área rural, adultos jovens do sexo masculino e idade entre 20 a 49 anos. Os locais mais atingidos são os pés, as mãos e dedos das mãos.

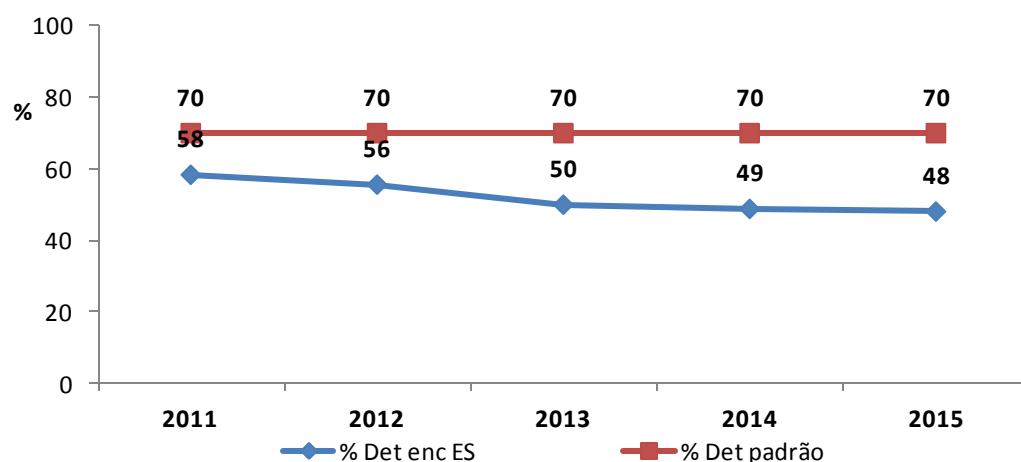
Dentre as doenças transmissíveis, destacamos inicialmente a tuberculose que em 2015 registrou 1.202 casos novos, representando uma incidência de 29,7/100.000 habitantes. Para o mesmo período, a taxa de incidência no Brasil foi 33,2/100.000 habitantes. A região de saúde metropolitana destaca-se pela maior incidência no Estado, tendo registrado 19,6 casos/100.000, a Região Sul com 4,1 casos, a Central com 3,3 e a Norte com 2,7 casos/100.000 habitantes.

No mesmo ano, o Estado registrou 76 óbitos por tuberculose, o que representou uma taxa de mortalidade de 1,9/100.000 habitantes, abaixo da verificada no país (2,2/100.000 habitantes). A Região Norte apresentou a maior taxa de mortalidade (2,6/100.000 habitantes), enquanto que a Região Metropolitana apresentou taxa de mortalidade igual à média do Estado.

O ES possui 10 municípios considerados prioritários, pois registram cerca de 80% dos casos novos da doença: Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Guarapari, Linhares, São Mateus, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória.

No Gráfico 4 é possível observar uma tendência de queda da detecção encontrada no ES entre os anos 2011-2015, em relação à detecção padrão. Tal fato pode ser ocasionado pela ausência da busca ativa de casos precocemente. Para o controle da doença considera-se ideal a detecção de pelo menos 70% dos casos bacilíferos.

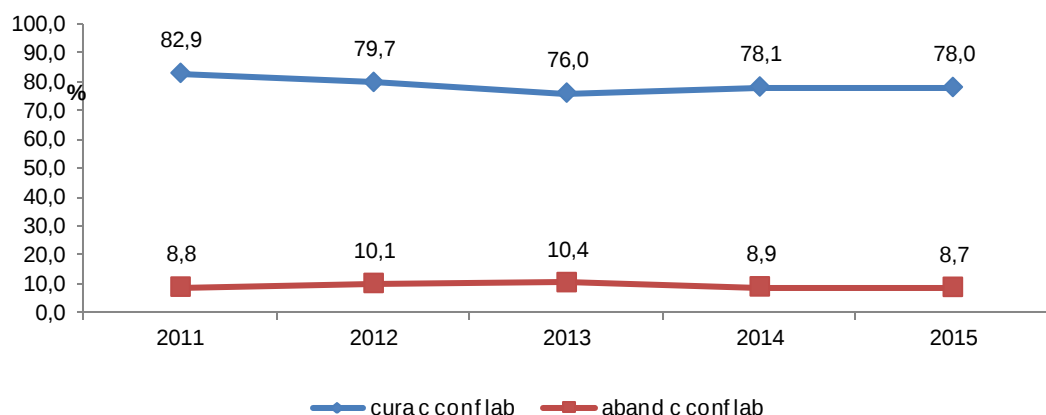
**Gráfico 11: Detecção de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera.
ES, 2011-2015**



Fonte: SESA-ES/SINAN

As pessoas vivendo com HIV/AIDS são mais vulneráveis à tuberculose, sendo essa a principal causa definida de óbito entre as doenças infecciosas nesse grupo de pessoas. O percentual de co-infecção tuberculose-HIV no país foi de 9,9% e no estado 9% no ano de 2015. No Brasil, do total de casos novos diagnosticados em 2015, 80,8% realizaram o teste para o diagnóstico de HIV. O estado, a partir de 2010, apresentou uma tendência crescente de realização de exames, tendo alcançado 89,4% no ano de 2015. O maior desafio para o controle da doença é o êxito do tratamento, o que pode ser avaliado, segundo a OMS, pelo alcance de 85% de cura e taxa de abandono menor que 5%. Este percentual de cura só foi alcançado em 2007 e 2008. Entre 2011 e 2015 presenciamos uma redução da proporção de cura e ao final do período o ES apresentou 8,7% de abandono do tratamento (Gráfico 12).

Gráfico 12: Proporção de Cura e Abandono de Casos Novos de Tuberculose com Confirmação Laboratorial. Espírito Santo, 2011 a 2015.



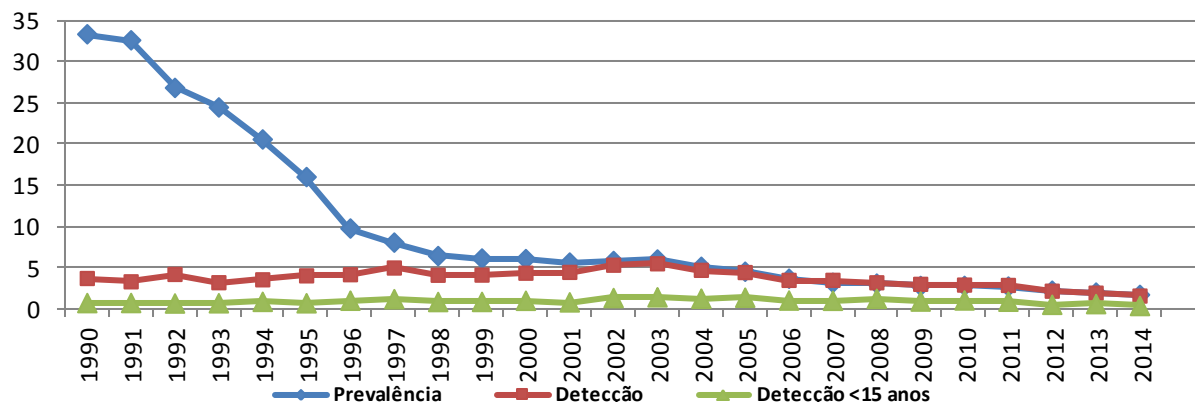
Fonte: SESA-ES/SINAN.

A Região Metropolitana de Saúde apresentou a menor proporção de cura (62,5%) e a maior taxa de abandono (9%). Nela se encontram 06 municípios prioritários com maior carga de doença do estado. A região central apresentou a maior taxa de cura (84,5%), seguida da sul (80,2%) e norte (65,2%). A região norte registrou 8,7% de abandono, a região central 6% e a sul com 0,9%. O abandono continua como um dos grandes desafios para o sucesso do tratamento e controle da doença. Em relação à população privada de liberdade em 2014 o êxito de tratamento foi de 77,6% e o abandono de 6,6%.

Com relação a hanseníase, o ES encerrou 2014 com taxa de prevalência de 1,73/10 mil habitantes, não alcançando a meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de menos de 01 caso. Ao final do mesmo ano, o coeficiente de detecção de casos novos na população geral foi de 15,95 e em menores de 15 anos foi de 3,9. Apesar da tendência de queda desde 2003, tais resultados revelam alta endemicidade da doença (Gráfico 6). A redução de casos em menores de 15 anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), considerando que a detecção de casos nessa faixa etária tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos.

O percentual de cura apurado em 2014 foi considerado muito satisfatório: 93,57%. Também são bons os resultados quanto ao índice de abandono de somente 2,8% e de contatos intradomiciliares examinados (88,69%).

Gráfico 13: Coeficiente de Prevalência, Detecção Geral de Hanseníase e em menores de 15 anos, por 10 mil habitantes - Espírito Santo, 1990-2014.

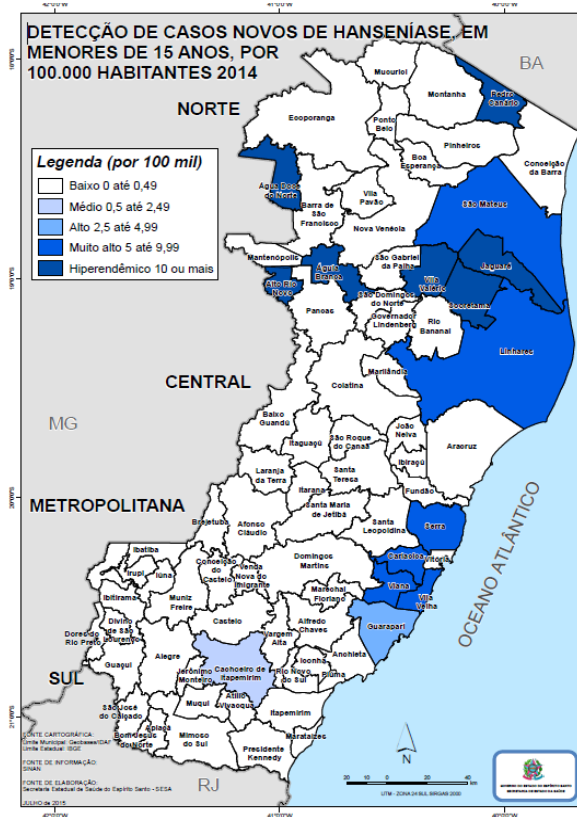
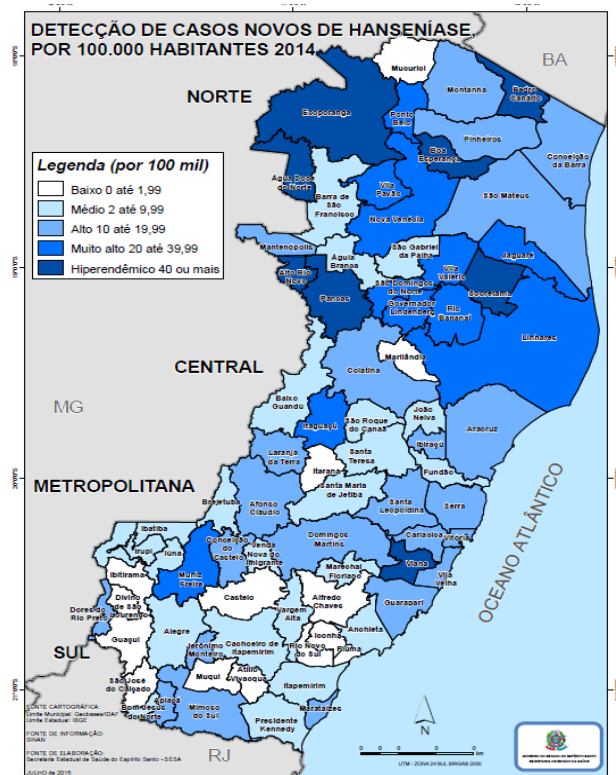


Fonte: SESA-ES/SINAN

Dados atualizados em 20/07/2015

A hanseníase se distribui de maneira heterogênea dentre as 04 Regiões de Saúde. Apesar do maior percentual da população total concentrar-se na região metropolitana de saúde (55,33%), a região norte obteve maior coeficiente de detecção geral de casos novos (23,59 /100.000 hab) e a região central maior coeficiente de detecção dos casos novos em menores de 15 anos (7,43/100.000 hab). Para essa faixa etária, a distribuição espacial demonstra que houve notificação em 15 municípios do estado, muitos deles cercados por áreas silenciosas ou sem casos (Figura 8).

Figura 8: Coeficiente de Detecção Geral de Hanseníase e em menores de 15 anos, por 100 mil habitantes - Espírito Santo, 2014.

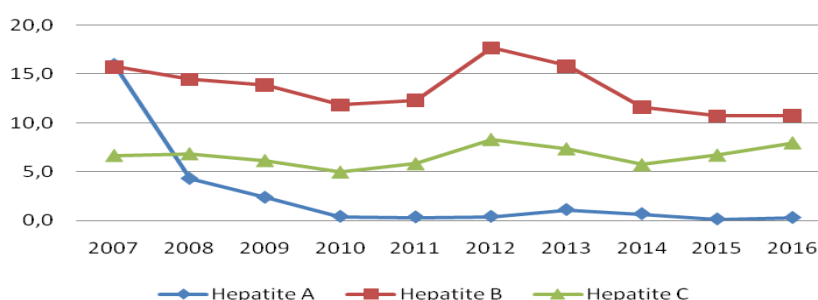


Fonte: SESA-ES/SINAN

Entre os anos de 2007 e 2016, foram notificados 14.090 casos suspeitos de **hepatites virais** e entre os 8.225 casos confirmados, 889 casos foram causados pelo vírus da hepatite A, 4.903 casos pelo vírus da hepatite B e 2.433 pelo vírus da hepatite C. No Espírito Santo, em 2007, a taxa de incidência de hepatite A e a taxa de detecção de hepatite B apresentaram valores muito próximos e representavam as hepatites virais mais frequentes.

Nos últimos 10 anos, observamos diminuição drástica na taxa de incidência de hepatite A e redução discreta na taxa de detecção da hepatite B (Gráfico 14).

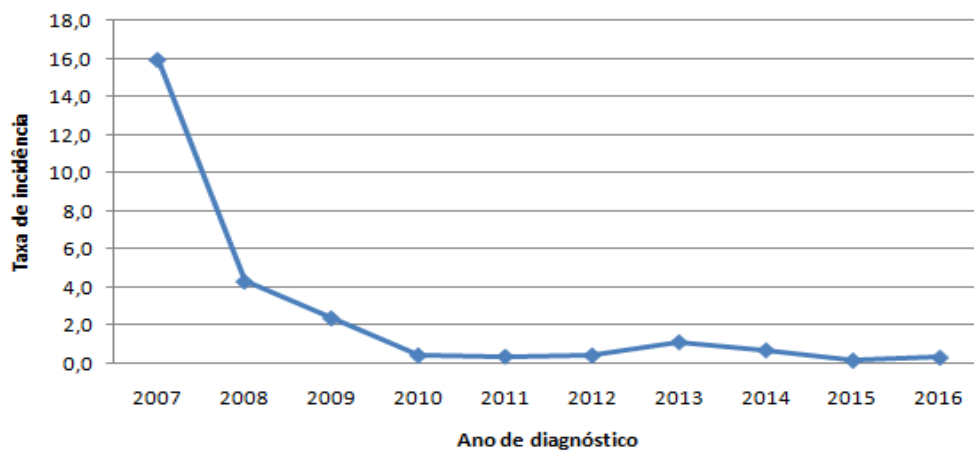
Gráfico 14 : Taxa de incidência/detecção de hepatite (casos por 100.000 habitantes) segundo tipo e ano de notificação. Espírito Santo, 2007 a 2016.



Fonte: SESA-ES/SINAN

Entre os anos de 2003 e 2007, no Brasil, a taxa de incidência de hepatite A foi superior à das demais etiologias (B, C e D). Entretanto, após 2007, apresentou uma importante queda. No Espírito Santo foram 889 casos de hepatite A confirmados entre 2007 a 2016, com 535 ocorrências no primeiro ano da série e 11 no último (dados sujeitos a revisão). O maior número de casos foi registrado na região metropolitana (445) e o menor número na região norte (141). A taxa de incidência da doença no Brasil tem mostrado tendência de queda, condição também observada no ES nos últimos 10 anos, quando a taxa passou de 16/100.000 habitantes em 2007 para 0,3 em 2016 (Gráfico 8). Esse fato pode encontrar explicação na melhoria do sistema de saneamento básico e oferta de água tratada ocorrida no período.

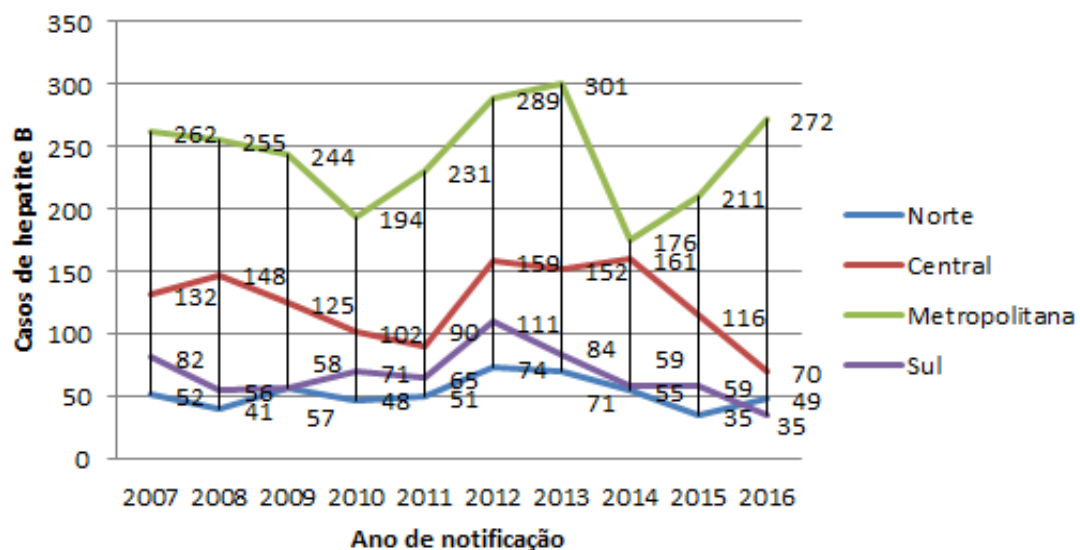
Gráfico 15: Taxa de incidência de hepatite A por ano de diagnóstico. Espírito Santo, 2007 a 2016.



Fonte: SESA-ES/SINAN

Para hepatite B, entre os anos 2007-2016, foram confirmados 4.903 casos (HBsAg ou HBeAg ou anti-HBc IgM) e, semelhante à hepatite A, o maior número de casos se concentra na região metropolitana, 2.435 casos, e o menor número na região norte (534) (Gráfico 9). Dos casos confirmados de hepatite B, 382 foram diagnosticados em gestantes.

Gráfico 16: Casos de hepatite B segundo Região de Saúde e ano de notificação. ES, 2007 a 2016



Fonte: SESA-ES/SINAN

As taxas de detecção de hepatite B no Brasil, desde 2011, vêm apresentando poucas variações, atingindo 6,9 casos para cada 100 mil habitantes no país em 2016. No Espírito Santo, a taxa de detecção é maior do que na região Sudeste e no Brasil, atingindo 11 casos 100.000 habitantes em 2016. Observando-se os últimos 10 anos, percebe-se que houve redução na taxa de detecção de hepatite B no Estado do Espírito Santo (Gráfico 17).

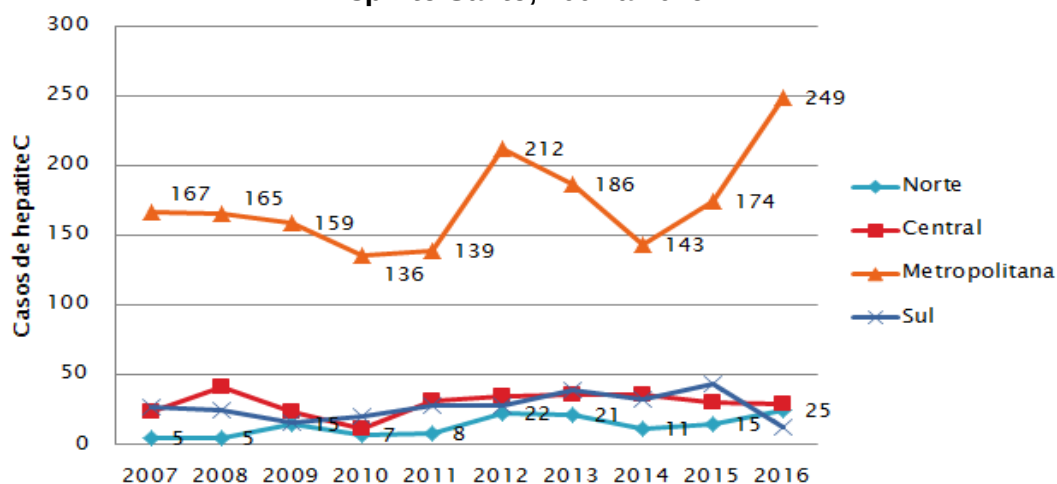
Gráfico 17: Taxa de detecção de casos de hepatite B. Espírito Santo, 2007 a 2016.



Fonte: SESA-ES/SINAN

A hepatite C acumulou no ES 2.433 casos confirmados entre 2007 e 2016, com destaque para as regiões metropolitana e norte com os maiores e menores números, 1.730 e 134 casos, respectivamente (Gráfico 18).

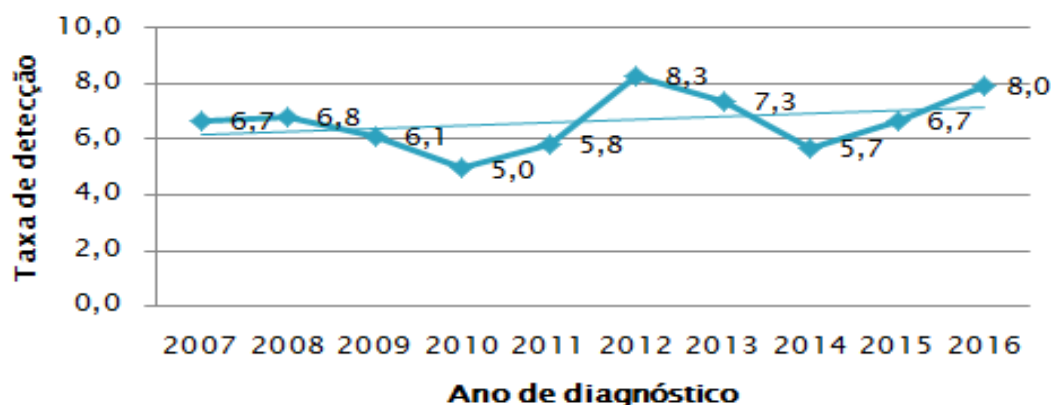
Gráfico 18: Casos de hepatite C segundo Região de Saúde e ano de notificação. Espírito Santo, 2007 a 2016.



Fonte: SESA-ES/SINAN

A taxa de detecção de casos de hepatite C com anti-HCV e HCV-RNA reagentes no Brasil mostrou tendência de aumento entre 2003 e 2016. No ES, A taxa de detecção teve pequenas oscilações nos últimos 10 anos. (Gráfico 12)

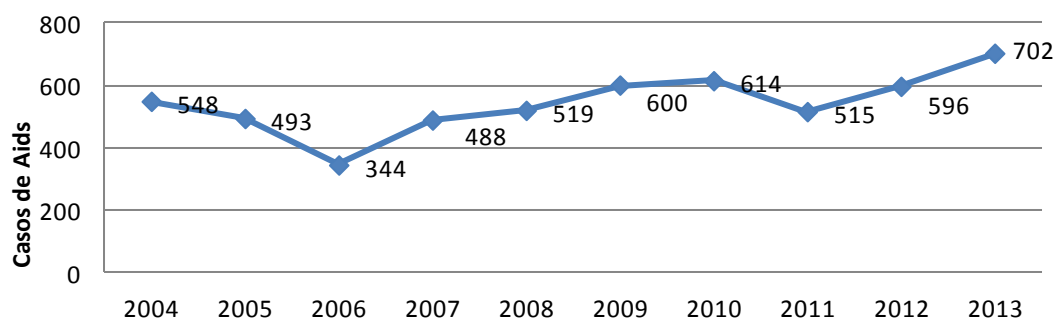
Gráfico 19: Taxa de detecção de casos de hepatite C segundo ano de notificação. Espírito Santo, 2007 a 2016.



Fonte: SESA-ES/SINAN

No Espírito Santo, no período de 1985 a dezembro de 2015, foram registrados 12.022 casos de **HIV/AIDS**, sendo 7.777 do sexo masculino (64,7%) e 4.245 do sexo feminino (35,3%), com 65,6% dos casos devido à transmissão sexual do vírus. Com a obrigatoriedade de notificação também de pessoas HIV positivas ocorreu aumento na taxa de detecção do HIV no Espírito Santo, tendo registrado 32,5 casos por 100 mil habitantes em 2014 e 30,5 por 100 mil habitantes em 2015.

Gráfico 20: Casos de AIDS segundo período de diagnóstico. Espírito Santo, 2004-2013

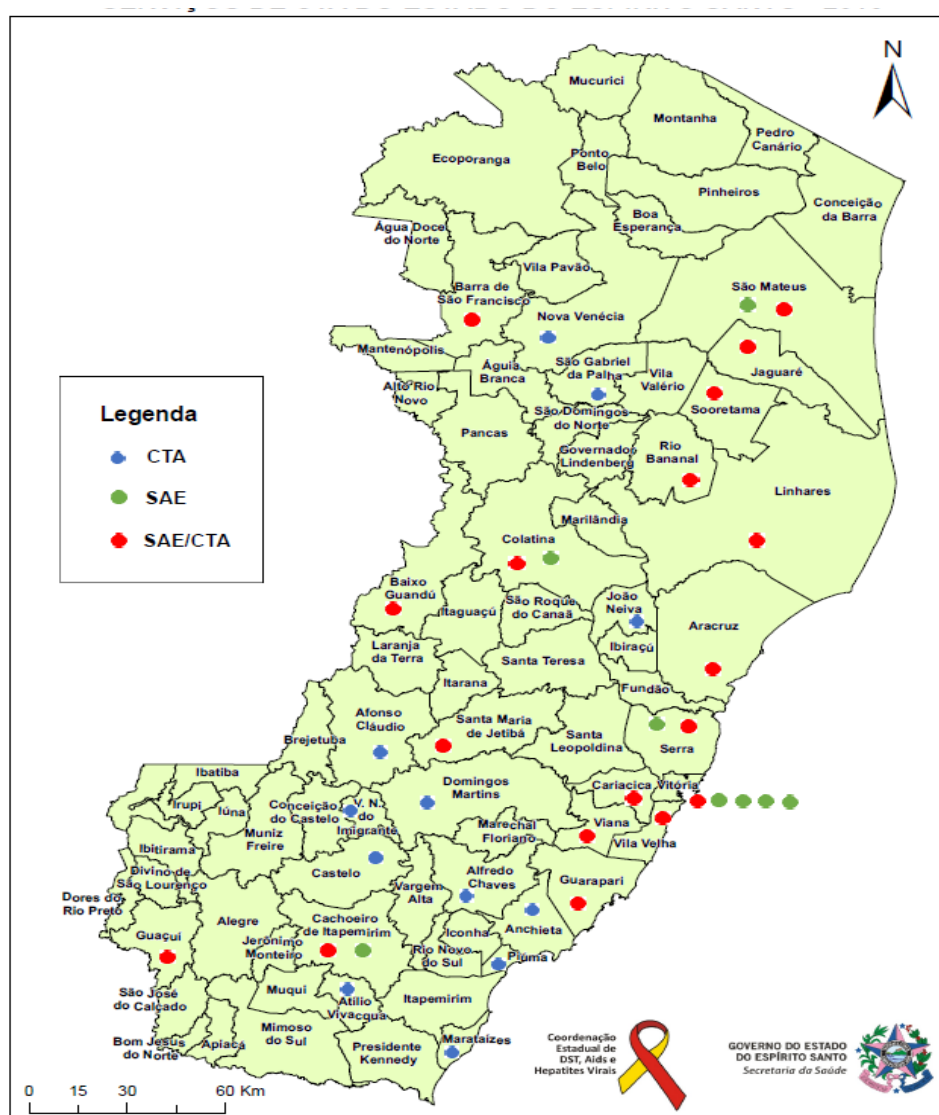


Fonte: SESA-ES/SINAN

No ES estima-se que existe uma média de 15.000 infectados pelo HIV se considerando que já foram identificados 12.022 indivíduos, temos que 80% de pessoas soropositivas da população já realizou teste.

Em 2013, 4.019 pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) recebiam medicamentos antirretrovirais (TARV) e em 2015 foram atendidas nos serviços de atendimentos especializados (SAE) 5.520 pessoas, segundo dados do Sistema de Informação e Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Figura 9: Serviços de atendimento especializado e de tratamento em AIDS-ES, 2016



Fonte: SESA/ COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/ AIDS

A Tabela 12 reflete uma melhoria nas taxas de detecção da doença, ampliação do acesso ao uso de antirretrovirais e consolidação da política de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS no estado. Até 2015, registramos 76% dos pacientes em uso de TARV, entre o total de pacientes diagnosticados e acompanhados nos SAE.

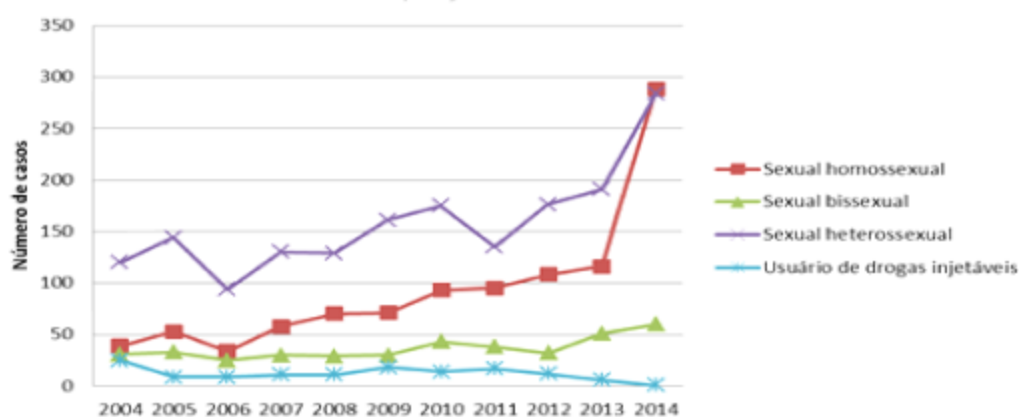
Tabela 12: Número de pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral. ES, 2010-2015.

ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº PVHA em uso de TARV	2.986	3.374	3.428	4.019	4.972	5.520

Fonte: SESA/ES/SICLOM gerencial – CE DST-AIDS/GEVS - Programas Estratégicos GEAF

Observa-se na última década um aumento de 33,8% na taxa de detecção de casos novos de AIDS entre homens. Em 2004 essa taxa era de 18,11 e em 2013 a taxa foi de 24,20 casos para cada 100 mil habitantes.

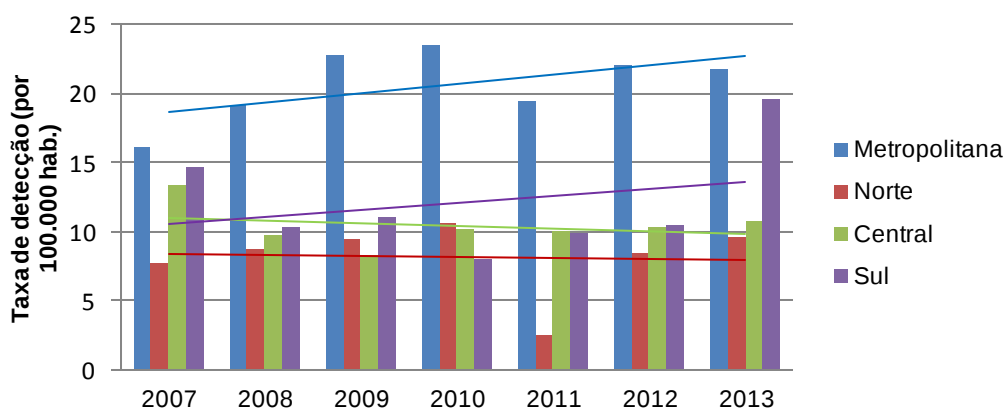
Gráfico 21: Distribuição de casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino cm 13 anos de idade ou mais, segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição – 2004 a 2014



Fonte: SESA-ES/SINAN

Considerando uma análise regional sobre a AIDS no Estado, a maior taxa de detecção é na região de saúde metropolitana, onde foram verificados 21,8 casos para cada 100 mil habitantes, conforme demonstra a Gráfico 22.

Gráfico 22 : Casos de AIDS e taxa de detecção (por 100.000 hab.) segundo região de residência por ano de diagnóstico. Espírito Santo – 2007-2013.



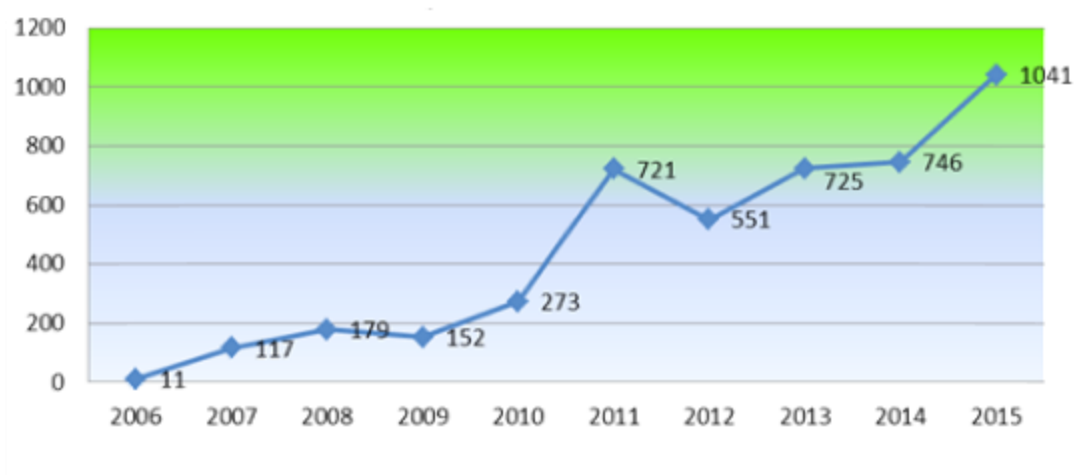
Fonte: SESA-ES/DST-AIDS/SINAN- Tabnet

A ocorrência de casos de AIDS por transmissão vertical em crianças menores que cinco anos de idade tem diminuído no estado nos últimos anos. Em 2004, foram registrados 0,5 casos de transmissão vertical de HIV. Em 2014, esse número caiu para 0,1 casos para cada 1.000 nascidos vivos. O parâmetro sugerido pela OPAS (Organização Panamericana de Saúde) é de 0,3 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Neste cenário, o estado conta com a descentralização de testes rápidos de HIV nas unidades básicas de saúde em todos os municípios do estado, garantindo a ampliação da testagem no pré-natal além da distribuição da fórmula infantil tipo I e II para filhos de mães com HIV positivo.

O ES presencia uma evidente epidemia de sífilis congênita nos últimos anos, tendo sido o cenário de 2015 ainda mais agravado. É imperativa a necessidade de se controlar o processo epidêmico da sífilis, principalmente interromper a cadeia de transmissão vertical. A Figura 18 apresenta o crescimento dos casos notificados de sífilis em gestante nos últimos 10 anos.

**Gráfico 23: Casos notificados de sífilis em gestantes, por ano de diagnóstico.
ES 2006 a 2015**



Fonte: SESA-ES/SINAN

No Espírito Santo as estatísticas demonstram que no período entre 2006 e 2008, as taxas de incidência de sífilis congênita foram reduzidas para 2,3 casos por mil nascidos vivos, o que ainda não estava em consonância com os acordos internacionais e metas nacionais de enfrentamento da sífilis (0,5/1000). A partir de 2009, verifica-se o aumento da taxa de incidência da sífilis congênita, chegando a 10,5 para cada mil nascidos vivos em 2015.

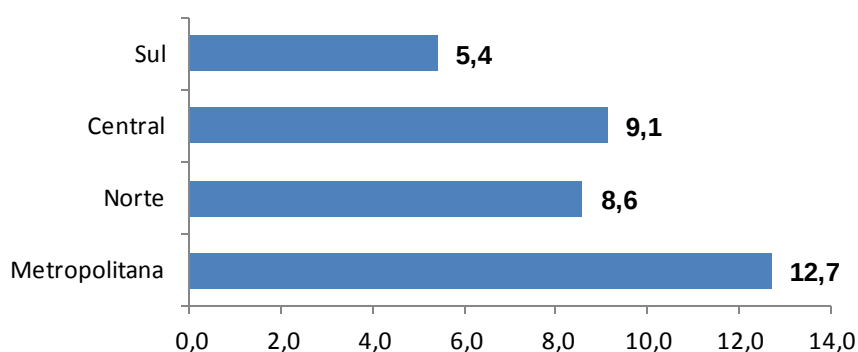
Tabela 13: Incidência de Sífilis Congênita entre os anos de 2006 a 2015 no Espírito Santo.

Ano de nascimento	Nascidos vivos	Nº casos sífilis congênita	Taxa incidência/por mil nascidos vivos
2006	51.696	175	3,3
2007	51.046	164	3,2
2008	51.909	124	2,3
2009	51.518	137	2,6
2010	51.879	184	3,5
2011	53.109	191	3,5
2012	52.851	320	6,0
2013	54.084	356	6,5
2014	56.564	434	7,6
2015	56.945	600	10,5

Fonte: SESA-ES/SINAN

A distribuição dos casos por região de saúde no ano de 2015 (Gráfico 24) indica que dos 600 casos de sífilis congênita notificados no SINAN, 415 casos ocorreram em residentes na região metropolitana, 83 na região central, 53 na região norte e 49 na região sul. A incidência na região metropolitana supera a média do estado que é de 10,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

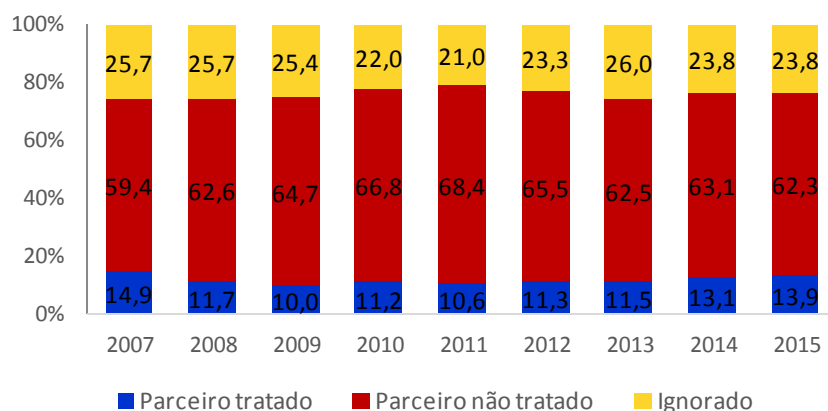
Gráfico 24 : Incidência de sífilis congênita /1000 nascidos vivos, segundo região de saúde de residência da mãe. ES 2015



Fonte: SESA-ES/SINAN e SINASC

Alguns aspectos concorrem para este quadro. Com relação às vulnerabilidades individuais, estão os baixos níveis de escolaridade e de renda, insuficientes conhecimentos sobre as formas de transmissão da doença e práticas sexuais desprotegidas. Quanto às questões assistenciais, destacam-se à baixa qualidade na atenção ao pré-natal: cobertura e qualidade ainda insuficientes onde 68% dos nascimentos tiveram sete ou mais consultas de pré-natal e 60% das gestantes iniciam o pré-natal com até 12 semanas de idade gestacional; insuficiente testagem para sífilis na gestante (em 2015 foram realizados 1,2 testes por cada gestante quando o preconizado são 2 testes); tratamento inadequado de gestantes soropositivas e de parceiros; insuficiente número de unidades básicas com aplicação de penicilina G benzatina. A Gráfico 25 corrobora a questão da ineficiência do tratamento da sífilis em gestante e sua parceria sexual ainda durante o pré-natal.

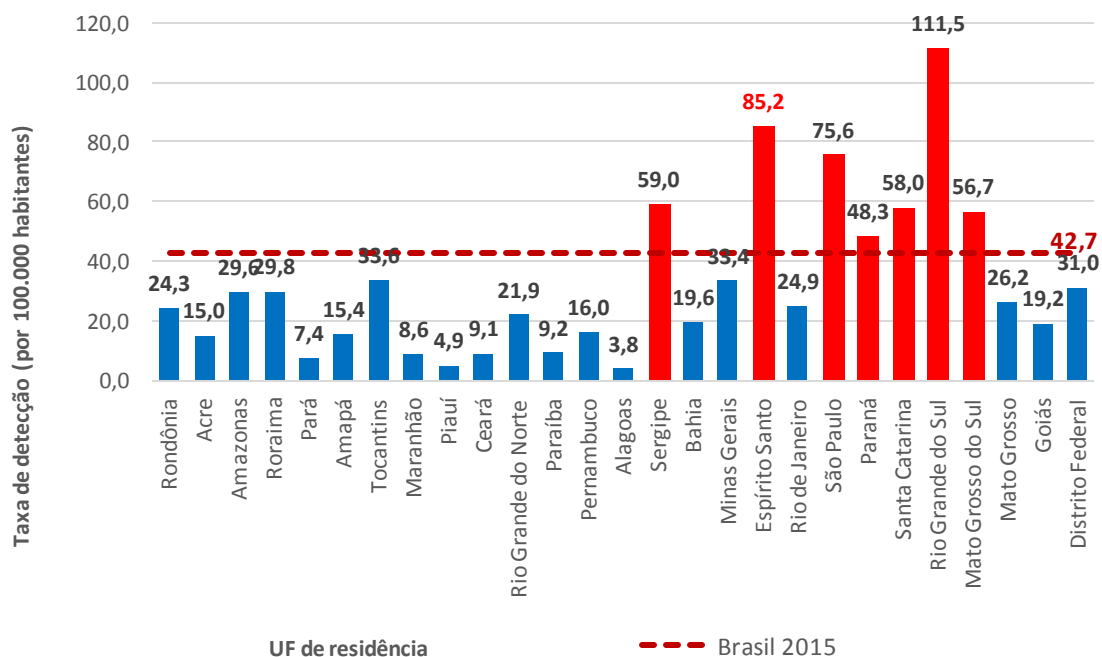
Gráfico 25: Percentual dos casos de sífilis congênita, segundo tratamento do parceiro da mãe e ano do diagnóstico. Brasil, 2007 a 2015.



Fonte: SESA-ES/SINAN

Com relação à sífilis adquirida, o Gráfico 26 demonstra a taxa de incidência por estado no ano de 2015, onde se observa que o ES possui a segunda maior taxa de incidência, com 85,2 casos para cada 100.000 hab.

Gráfico 26: Incidência de sífilis adquirida por estado de residência e média Brasil - 2015



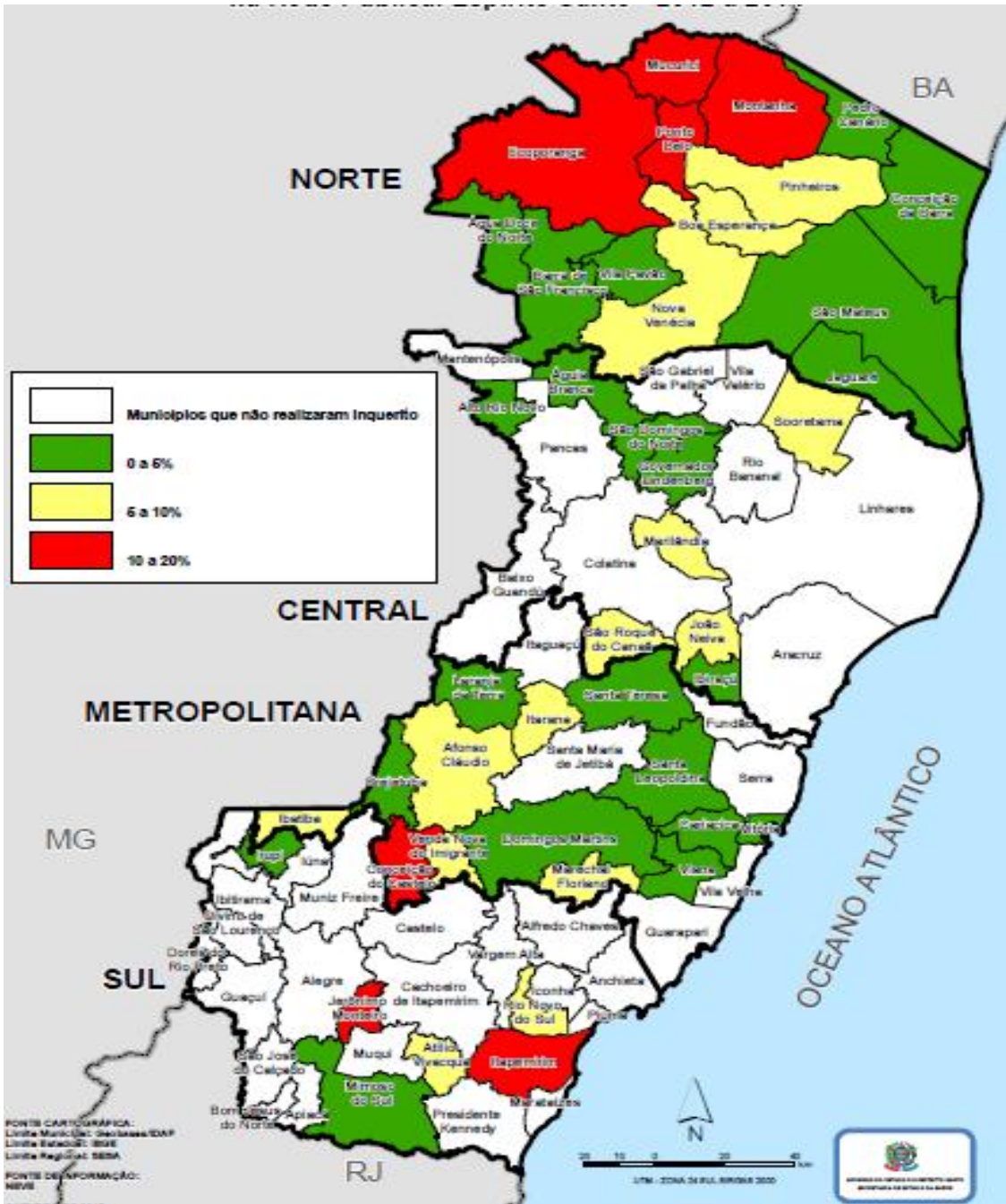
Fonte: SESA-ES/SINAN

De modo geral, os dados demonstram que a sífilis (congenita ou adquirida) é um agravo de destaque no perfil de morbidade do ES indicando a importância de ação conjunta abrangendo diferentes níveis de gestão na implementação de medidas preventivas e assistenciais, pois a ocorrência do agravo sugere fragilidades no funcionamento na atenção básica e/ou na sua integração com o sistema de saúde.

O Tracoma é uma afecção inflamatória ocular crônica e pode levar à cegueira. A doença é facilmente transmitida por meio de contato com secreção ocular de pessoas contaminadas e por meio de moscas atraídas para a secreção ocular. Faz parte do bloco das doenças chamadas negligenciadas por estar mais relacionada a populações em situação de vulnerabilidade social. Crianças até 10 anos de idade e mulheres são mais suscetíveis à contaminação.

Inquérito escolar realizado em 54 municípios no ano de 2003 mostrou uma prevalência média de 4,74%, indicando a necessidade de intensificar as ações do agravo. Em 2014, foram examinados 42719 escolares em 22 municípios e encontrados 1733 casos positivos indicando uma prevalência média de 4,05%.

Figura 10: Taxa de positividade de tracoma em escolares de 5 a 14 anos matriculados na rede pública. ES, 2012-2014.



Fonte: SESA-ES/SINAN

Segundo inquéritos realizados, os municípios mais endêmicos para o agravo em 2014 foram Marechal Floriano com 6,5% (Região Metropolitana), Marilândia com 8,2% (Região Central) e Ecoporanga com 18,7% (Região Norte). Na Região Sul, em 2013, o município de Itapemirim era o mais endêmico com 18,7%. De acordo com a OMS é aceitável que se encontre até 5% de casos positivos em escolares examinados. Até 2015 foram realizados inquéritos em 61% dos municípios do ES.

Referente às Doenças Diarréicas Agudas (DDA) as Regiões de Saúde apresentam incidências bem diversas, conforme demonstra a Tabela 14. As regiões central e sul são as que possuem maiores incidências.

Tabela 14: Taxa de Incidência (por 1.000 hab.) das Doenças Diarréicas, segundo região de saúde. Espírito Santo, 2006 a 2014.

Regiões/ES	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	24,9	17,8	15,7	22,7	24,7	21,8	24,4	17,5	22,1
Central	24,5	19,8	21,0	26,9	35,4	31,5	32,9	25,5	31,5
Metropolitana	12,0	8,8	13,3	16,9	17,6	16,7	17,7	13,1	15,8
Sul	27,1	25,1	25,6	29,3	31,4	27,9	29,5	23,7	29,0
Espírito Santo	18,2	14,4	17,0	21,3	23,7	21,6	23,0	17,5	21,4

Fonte: SESA-ES/SINAN

Em relação à mortalidade por DDA, verificamos que é baixa em todas as regiões, podendo sugerir detecção e tratamento precoce dos casos, bem como os investimentos em medidas de saneamento.

Com relação ao grupo das doenças imunopreveníveis, apontamos inicialmente para o poliovírus cuja presença não é constatada no ES desde 1988, assim como no Brasil dois anos após. Entretanto, até que aconteça certificação mundial da erradicação deste agente infeccioso, permanecem os esforços para atingir as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde no que tange às coberturas vacinais altas e homogêneas e vigilância do agravo através da notificação e investigação imediata de todo caso de Paralisia Flácida Aguda (PFA), em menores de 15 anos de idade ou suspeita de poliomielite em indivíduo de qualquer idade procedente de países com circulação de poliovírus selvagem nos últimos 30 dias.

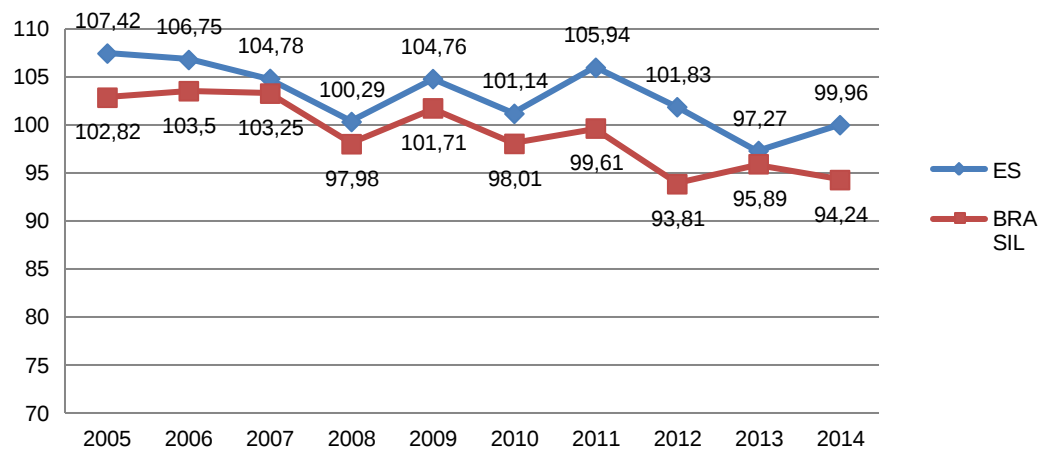
Com relação ao sarampo, os últimos casos autóctones no Brasil ocorreram em 2000 e desde então, os casos registrados eram importados ou relacionados à importação. Entretanto, em 2013, 2014 e até julho de 2015 foram registrados 1.088 casos da doença no país, com maior concentração nos estados de Pernambuco e Ceará. O último caso importado da doença no ES foi em dezembro de 2013 – 1 caso.

No Espírito Santo não existem registros de casos de tétano neonatal desde 2001. O último caso de difteria notificado foi em 2014. O tétano acidental não registrou queda acentuada de número de casos nos últimos anos, como ocorreu com demais doenças imunopreveníveis, mantendo um coeficiente de incidência de 0.17 a 0.20 p/100.000 hab. na última década. Esse fato decorre da baixa cobertura vacinal entre os adultos.

O tratamento profilático inadequado de ferimento também pode favorecer o aparecimento do tétano acidental que no ES atinge principalmente pessoas do sexo masculino (80%), nas faixas etárias de 30 a 59 anos e os maior de 60 anos de idade, morador de área urbana, pessoas com várias profissões e sem nenhuma dose de vacina contra o tétano (60% dos casos não possuem o cartão de vacinação) ou ignorado (100% em 2013 e 2014). O grande desafio para a vigilância epidemiológica estadual é diminuir a letalidade da doença que está acima do esperado, indicando a necessidade de aumentar a cobertura vacinal, principalmente em adultos e idosos.

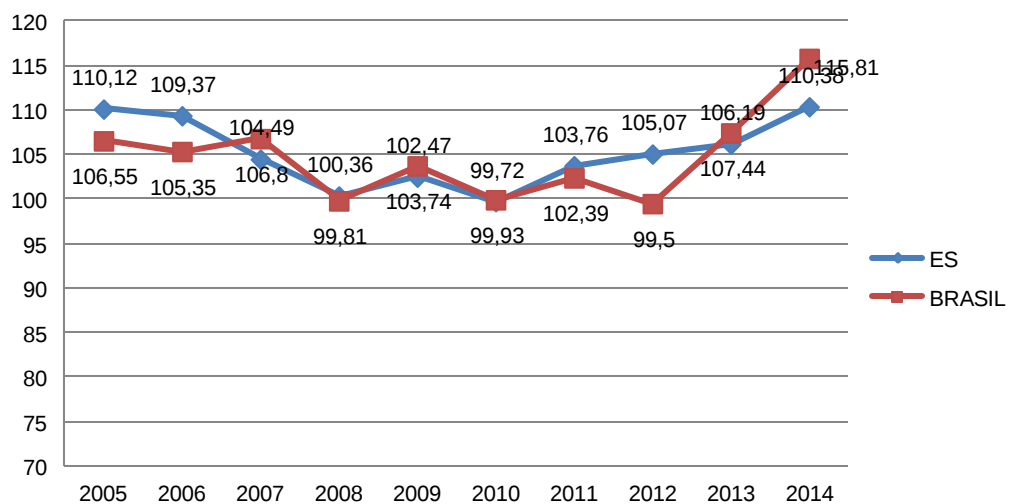
Além da vacina contra influenza da campanha nacional de vacinação onde a meta é de 80%, as coberturas vacinais de rotina em menores de 1 ano no Espírito Santo (BCG, hepatite B, poliomielite, e tetravalente/pentavalente, rotavírus, pneumocócica 10, meningocócica C e crianças de 1 ano: tríplice viral - sarampo, caxumba e rubéola) atingem as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde (90% para o BCG e rotavírus e 95% para as demais vacinas). As figuras 23 e 24 demonstram a cobertura de duas vacinas (Pentavalente e Tríplice) para o período 2005-2014.

Gráfico 27: Cobertura vacinal Tetra ou Pentavalente (%) em menores de 1 ano. ES e Brasil, 2005-2014.



Fonte: MS/PNI.

Gráfico 28: Cobertura vacinal tríplice viral (%) em crianças de 1 ano. ES e Brasil, 2005-2014



Fonte: MS/PNI.

No Estado do Espírito Santo, a partir de novembro de 2011, observou-se aumento dos casos notificados e confirmados de coqueluche. Quanto à distribuição espacial, os casos estão diluídos pelo Estado (Tabela 15), sem grandes concentrações ou característica de surto nos municípios. Não houve registro de óbito nos anos de 2013 e 2014.

Tabela 15: Casos confirmados e óbito por Coqueluche segundo Regiões de Saúde. ES, 2010 a 2014.

Regiões de Saúde	2010		2011		2012		2013		2014	
	caso	óbito	caso	óbito	caso	óbito	caso	óbito	caso	óbito
Norte	0		6		84	1	80		25	
Central	1		1		85	1	181		42	
Metropolitana	11	1	55	1	728	4	718		166	
Sul	2		39	1	213	3	117		38	
ES	14	1	101	2	1110	9	1096	0	281	0

Fonte: SESA-ES/SINAN

Nos casos de coqueluche, a faixa etária mais atingida foi a menor de 1 ano, quando os casos são mais graves e com ocorrência de óbitos, principalmente os menores de seis meses por apresentarem esquema vacinal ausente ou incompleto. Nos últimos anos várias vacinas foram incorporadas no calendário nacional de vacinação³. Tal questão aponta desafios para atenção básica, uma vez que se trata de ação intrinsecamente vinculada a esse nível de atenção, como um cuidado preventivo de promoção e de proteção da saúde, oferecido, de modo geral, na porta de entrada do SUS.

³ Em 2010, a vacina pneumocócica 10 valente foi incorporada ao calendário público de imunizações e em agosto desse mesmo ano a vacina meningocócica C, completando assim, 45 imunobiológicos disponíveis em 2010. No ano de 2011, a vacinação contra hepatite B foi ampliada para a população de 20 a 24 anos e a vacinação contra gripe sazonal deixou de ser apenas para a população de 60 anos e mais, estendendo-se para crianças menores de 2 anos, população indígena, profissionais de saúde e gestantes. Em 2012, um novo e grande desafio: a introdução sequencial da vacina inativada poliomielite (VIP) nas 2 primeiras doses da rotina (2 e 4 meses) e a substituição da vacina tetravalente (DTP/Hib) pela vacina pentavalente (DTP-HB/Hib), combinando os componentes DTP, Haemophilus influenzae tipo b e hepatite B, no esquema primário (2, 4 e 6 meses de idade). No mesmo ano, a vacinação contra hepatite B se amplia para os menores de 30 anos e a vacinação contra influenza passou a incluir a população privada de liberdade. No ano seguinte, 2013, nova mudança no calendário de vacinação da criança com a introdução da vacina tetra viral (vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela atenuada), aos 15 meses e ampliação da vacina hepatite B para menores de 50 anos. A vacinação contra influenza incluiu as puéperas até 45 dias após o parto e os portadores de doenças crônicas tem acesso á vacinas nas Unidades de Saúde. Em março de 2014 o Ministério da Saúde ampliou o Calendário Nacional de Vacinação com a introdução da vacina quadrivalente contra o papilomavírus humano (HPV). A estratégia de vacinação incluiu escolas públicas, privadas e unidades de saúde. O público-alvo foram meninas de 11 a 13 anos no ano de implantação, de 9 a 11 anos em 2015 e 9 anos a partir de 2016. No mesmo ano, foi ampliada a faixa etária das crianças na Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza – crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade. Ainda em 2014, aconteceu a implantação da vacina hepatite A para crianças de 12 meses a menores de 2 anos de idade e novembro de 2014 a introdução da vacina dTpa tipo adulto para gestantes e profissionais de saúde que atuam em maternidades e UTI neonatais.

A ação se concretiza a partir da unidade de saúde, pelas equipes de vacinação, sob a coordenação da esfera gestora municipal, com apoio, suporte e cooperação técnica, logística e financeira das esferas regional/estadual e nacional. No âmbito regional, entretanto, percebe-se a falta de estrutura e equipe mínima no programa de imunizações nas regionais de saúde e CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais).

Para apoio às ações de vigilância em saúde, o ES conta com o Laboratório Central e o Serviço de Verificação de Óbitos, sendo ambos importantes no processo de elucidação de diagnósticos e eventos relevantes do ponto de vista da saúde pública.

O Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/ES) tem como responsabilidade procedimentos laboratorial de maior complexidade para complementação de diagnóstico de doenças e agravos de interesse em saúde pública, análises para detecção de surtos, epidemias, eventos inusitados de interesse a saúde pública; controle de qualidade analítica da rede estadual de laboratórios que executam análises de interesse a saúde pública de exames como: hanseníase, tuberculose, dengue, esquistossomose, malária, leishmaniose tegumentar americana; análises de alimentos, medicamentos e de água para consumo humano. Além disso, desenvolve pesquisas em parceria com instituições de ensino, incluindo a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). No ES, em cada uma das quatro regiões, há presença de diversos laboratórios municipais públicos que realizam análises de interesse à saúde pública, que por sua vez compõe a rede estadual de laboratórios.

O Serviço de Verificação de Óbito (SVO) integra o Sistema Nacional e é referência estadual na realização de necropsias para esclarecimento de óbitos de causa natural não elucidada, em caso de óbito sem assistência médica ou com assistência médica onde a causa morte foi indefinida ou mal definida. O SVO foi inaugurado em 2002 e funciona anexa ao Hospital da Polícia Militar (HPM) através de convênio de parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Segurança Pública. Foi reorganizado em 2003 através do Decreto 1.156-R de 09 de Junho de 2003. Em 2014, de um total de 3.463 corpos admitidos, foram realizadas 3.084 necropsias (89,0%); 231 encaminhamentos ao DML (6,7%) e 148 emissões de declarações de óbitos domiciliares (4,2%).

De 01 de janeiro a 31 de outubro de 2015, SVO recebeu 3.069 corpos oriundos de todo o Estado. Passaram por necropsias 2.738 (89,2%), foram encaminhados para o DML 215 (7,0%) e para 116 foram emitidas Declaração de Óbito Domiciliar (3,8%). Quanto aos

processos investigativos abertos, tivemos 74 em 2014 e 72 entre janeiro e outubro de 2015.

Outra atividade importante do SVO para o Sistema de Saúde do Estado é a realização de análise histopatológica de biópsias e peças cirúrgicas de tecidos humanos e análises de amostras citopatológicas de punções aspirativas, líquidos e secreções. Por ano, são realizadas cerca de cinco mil biópsias atendendo prioritariamente aos Hospitais da rede Estadual e os Centros Regionais de Especialidades.

O reflexo da atividade do SVO vai além de uma função legal, pois os dados da declaração de óbito após a necropsia são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e estatísticas de mortalidade. As investigações de causa mortis pela Vigilância Epidemiológica através do SVO contribuem para o esclarecimento dessas causas, especialmente em situações de epidemias e pandemias por doenças emergentes ou reemergentes.

O CRIE – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais, da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo funciona atualmente no Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG) e tem como objetivo atender pessoas portadoras de doenças crônicas e/ou condições clínicas especiais (cardiopatas, nefropatas, neuropatas, hepatopatas, imunodeprimidos, transplantados, pacientes com HIV/AIDS, etc) ofertando imunobiológicos ao usuário através da sua sala de vacinação ou dispensando esses imunobiológicos aos municípios do estado através do CRIE virtual.

Além disso, o CRIE garante mecanismos necessários para investigação, acompanhamento e elucidação dos casos de eventos adversos graves e/ou inusitados associados temporalmente às aplicações de imunobiológicos.

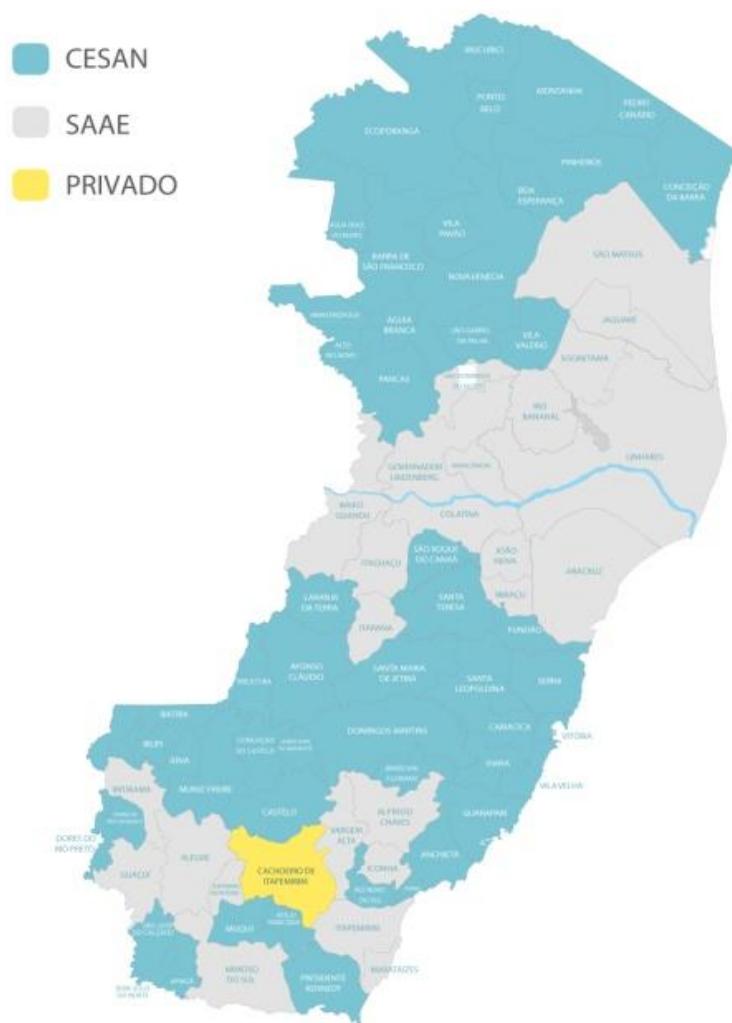
As áreas de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental compreendem a vigilância da qualidade da água para consumo humano (VIGIAGUA), vigilância em saúde de populações expostas a poluentes atmosféricos (VIGIAR), vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos (VIGIPEQ) e vigilância em saúde ambiental relacionada aos riscos decorrentes de desastres (VIGIDESASTRES).

Com relação ao VIGIAGUA, este consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pela saúde pública para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e às normas estabelecidas na legislação vigente (Portaria MS nº 2.914/2011), bem como avaliar os riscos representados por seu consumo. Abrange todas as formas de

abastecimento de água coletivas ou individuais, na área urbana ou rural, de gestão pública ou privada, incluindo as instalações intradomiciliares.

No Espírito Santo, a Companhia Espírito Santense de Saneamento (CESAN) atua em 52 municípios, por delegação do Governo do Estado e por meio de contratos de concessões com os municípios capixabas. Em 25 municípios o tratamento e distribuição de água e captação e tratamento do esgoto é realizada pelos Sistemas Autônomos de Água e Esgoto das prefeituras. No município de Cachoeiro de Itapemirim o serviço é privado e realizado pelo Consórcio Odebrech - Foz do Brasil (Figura 11)

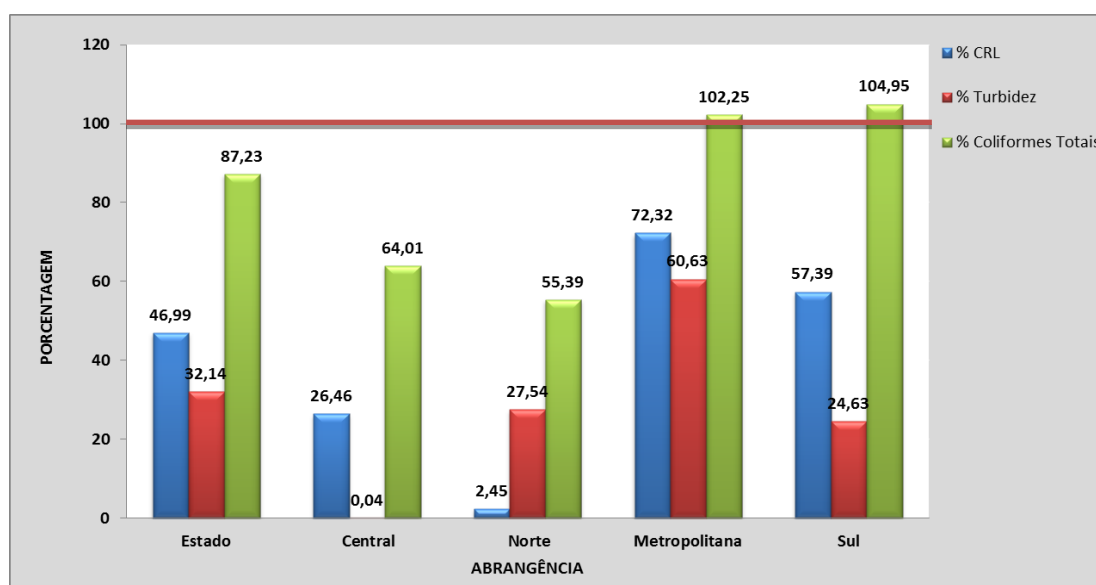
Figura 11: Abrangência do abastecimento de água no ES.



Fonte: SESA-ES/SISAGUA

O Gráfico 29 mostra a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais (CT), cloro residual livre (CRL) e turbidez (T), para o ano de 2015. Tais dados possibilitam verificar se o tratamento está adequado para inativar organismos patogênicos.

Gráfico 29: Porcentagem de análises realizadas pela Vigilância em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliforme totais (CT), cloro residual livre (CRL) e turbidez (T), ES - 2015.



Fonte: SESA-ES/SISAGUA

Com base nestes dados, observa-se o maior percentual de amostras realizadas na Região Metropolitana com valores muito satisfatórios para os parâmetros Coliformes Totais e Cloro Residual Livre. A Região Sul também se destaca no percentual de análises para o parâmetro de coliformes totais. Além disso, nota-se que os valores obtidos para os parâmetros turbidez (T) e cloro residual livre (CRL) mostram-se relativamente abaixo daquele realizado para coliformes totais para todas as Regiões de Saúde e, consequentemente, para o todo Estado.

Na ocorrência de desastres naturais em que a água não esteja em condição adequada de consumo, a distribuição de hipoclorito a 2,5% é um dos procedimentos básicos para garantir a sua qualidade, assim como para a higienização de alimentos. No ano de 2015 foram distribuídos 70.750 frascos aos municípios capixabas, sendo que 29.000 frascos para atender ao desastre de Mariana, nos meses de novembro e dezembro de 2015.

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada às populações expostas a poluentes atmosféricos (VIGIAR) foi criado em 2001 em nível nacional, visando reduzir e prevenir os agravos à saúde nas populações expostas à poluição do ar de origem natural e/ou antrópica (proveniente de fontes fixas, de fontes móveis, de atividades relativas à extração mineral, da queima de biomassa ou de incêndios florestais), contemplando estratégias de ações intersetoriais.

A partir do Instrumento de Identificação de Municípios de Risco - IIMR⁴, o VIGIAR selecionou dez municípios prioritários: Cachoeiro do Itapemirim, Serra, Linhares, Colatina, Vitória, São Mateus, Aracruz, Alegre, Vila Velha e Itapemirim. Em 2014 foram preenchidos os IIMR de todos os municípios do Estado do ES e pode-se dizer que o Espírito Santo possui 1.984 fontes fixas de poluição, sendo que 58,83% (1.167) se referem à indústria de transformação e 41,17% (817) à indústria de extração. Segundo os dados informados, predomina a presença de extração de minerais não metálicos (39,86%), seguida pela torrefação e moagem de café - incluindo os secadores de café (22,78%), e a presença de metalurgia e siderurgia (14,26%).

Para a atividade relacionada à extração de minerais não metálicos foram considerados de alto risco para a saúde os municípios de: Água Doce do Norte, Conceição do Castelo, Afonso Cláudio, Iconha, Mimoso do Sul, Anchieta, Venda Nova do Imigrante, Águia Branca, Rio Novo do Sul, São Mateus, Alegre, Alfredo Chaves, Guarapari, Montanha, Muniz Freire, Pancas, Santa Leopoldina, Vitória. Os municípios de Castelo, Vargem Alta, Cachoeiro de Itapemirim, Itapemirim, Barra de São Francisco, Aracruz, Colatina, Vila Pavão, Ecoporanga, Baixo Guandu, Nova Venécia, Serra, Linhares, Itaguaçu e Vila Velha foram considerados críticos para esta atividade, representando maior risco para a saúde. Quanto às indústrias de transformação, 32 municípios do Estado são classificados em risco alto e crítico pelas atividades de torrefação e moagem de café.

A frota veicular é outro fator importante para a relação entre poluição do ar e saúde no estado. Em 2014, 74,1% da população estava em municípios classificados como de alto risco. Quanto aos 2.196 focos de calor (queima de biomassa), estes se distribuem de forma homogênea entre os municípios, ressaltando-se que apenas 02 dos 78 municípios apresentam risco zero para esse indicador.

⁴ O Instrumento de Identificação de Municípios de Risco - IIMR é utilizado pelo VIGIAR e aponta os indicadores ambientais (fontes fixas e móveis de poluição e queima de biomassa) e de saúde (taxas de mortalidade e morbidade por agravos respiratórios) de maior importância na poluição do ar. Formado por 22 variáveis, os resultados do IIMR permitem inserir os municípios em cinco classes de risco para a saúde humana: risco zero, baixo risco, médio risco, alto risco e crítico.

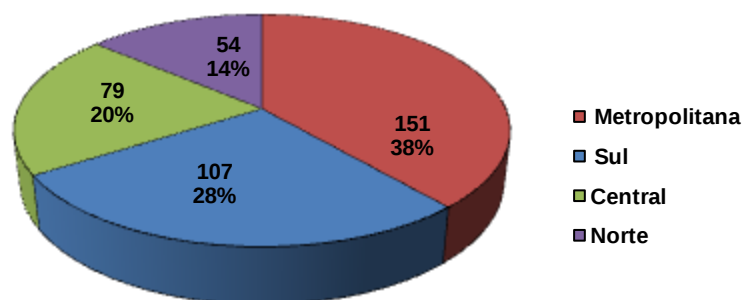
As taxas de mortalidade por doenças respiratórias indicam que todos os municípios apresentam certo risco sendo na faixa de risco alto e crítico estão 36 municípios, correspondendo a 46,2%. Para óbitos em menores de 05 anos, 59 municípios (75,6%) estão na classe de risco zero, abrangendo 42,1% da população. Para óbitos em maiores de 60 anos, 20 municípios (25,6%) estão na classe de baixo risco e 20, na de médio risco. Porém, 34,3% da população (1.202.265) estão na classe de alto risco e risco crítico. Ressalta-se que, no IIMR, destacam-se as faixas etárias de crianças e idosos por apresentarem maior suscetibilidade aos efeitos da poluição do ar.

Considerando as taxas de morbidade (internações) por doenças respiratórias, a maioria dos municípios do ES foi distribuída quase uniformemente nas classes de baixo risco, médio risco, alto risco e crítico, com nenhum município na classe de risco zero.

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (VIGIPEQ) desenvolve ações relativas aos contaminantes químicos que interferem na saúde humana e nas inter-relações entre o homem e o ambiente, sendo composta por dois elementos: Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas (VISOLO) e a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA). Implantado em 2006 no ES, o VIGISOLO está em 50 municípios, incluindo 09 cidades com população superior a 100 mil habitantes. Até dezembro de 2015, foram cadastradas 391 áreas contaminadas ou suspeitas de contaminação, estimando-se mais de 1.700.000 pessoas expostas ou potencialmente expostas a contaminantes químicos. Das 391 áreas cadastradas, 162 (41%) eram “Áreas de Disposição Final de Resíduos Urbanos”, onde estão inseridos os lixões ou antigos lixões aterrados; aterros sanitários; cemitérios; estações de tratamento de esgoto e depósitos de sucatas (ferros velhos).

Em seguida, com 156 áreas cadastradas e equivalendo a 40% do total, estão áreas classificadas como “Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços” (UPAS), onde se inserem áreas de postos e distribuidoras de combustíveis e derivados do petróleo; lava-jatos e oficinas de manutenção de veículos. Destacam-se também as áreas classificadas como “Área Industrial”, que somam 27 áreas e que equivalem a 7 % do total de áreas cadastradas. As regiões metropolitanas e sul de saúde apresentam maior concentração de áreas consideradas contaminadas ou suspeitas de contaminação química (Gráfico 30).

Gráfico 30: Distribuição das áreas contaminadas ou suspeitas de contaminação por contaminantes químicos, cadastradas no SISOLO, por região de saúde, ES - 2015.



Fonte: SESA-ES/SISOLO

As populações potencialmente expostas a contaminantes químicos, que residem e/ou trabalham em um raio de 01 km das áreas cadastradas no SISOLO, estão localizadas, em sua maioria, em zonas urbanas do ES e até dezembro de 2015 chegaram a uma estimativa de mais de 1.700.000 pessoas⁵.

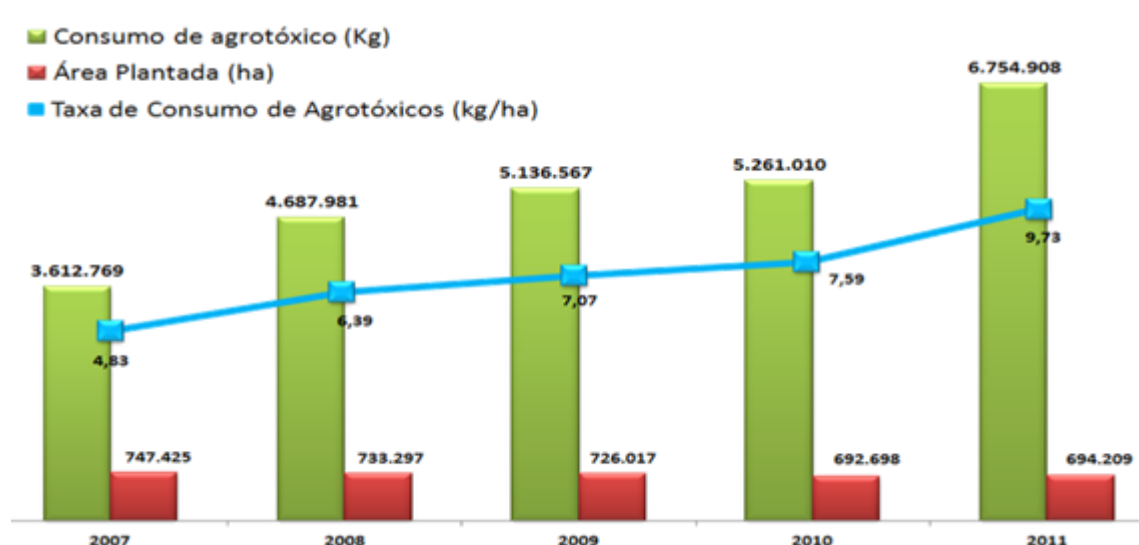
O uso contínuo, indiscriminado ou inadequado de agrotóxicos é considerado um relevante problema ambiental e de saúde pública. Os efeitos à saúde humana decorrentes da exposição direta ou indireta aos agrotóxicos podem variar de acordo a toxicidade, tipo de princípio ativo, dose, tempo de exposição e via de exposição.

Dentre os grupos que apresentam considerável vulnerabilidade à exposição a agrotóxicos estão os trabalhadores rurais, de empresas do agronegócio, de fábricas formuladoras e desintetizadoras e de campanhas de saúde pública.

Em 2008, o Brasil se destacou como o maior consumidor mundial de agrotóxicos e mantém, desde então, posição de destaque no mercado mundial desses produtos. No ES o cenário não é tão diferente já que o período compreendido entre 2007 a 2011 registrou aumento significativo no consumo de agrotóxicos agrícolas, passando de 4,83 kg/ha em 2007 para 9,73 kg/ha em 2011 mesmo havendo diminuição da área de plantio conforme demonstrado no Gráfico 31.

⁵ As informações cadastradas no sistema levam em conta a estimativa da população existente no entorno do raio de 01 km das áreas identificadas e georreferenciadas, podendo haver mais de uma área identificada no mesmo raio de ação, ocorrendo nestes casos, uma sobreposição de dados populacionais. Dessa maneira em alguns municípios a estimativa de população potencialmente exposta a áreas contaminadas ou suspeitas de contaminação se aproxima ou até mesmo ultrapassa seus dados de população total, estimados pelo último censo do IBGE

Gráfico 31: Evolução do consumo de agrotóxico no ES, 2007 – 2011

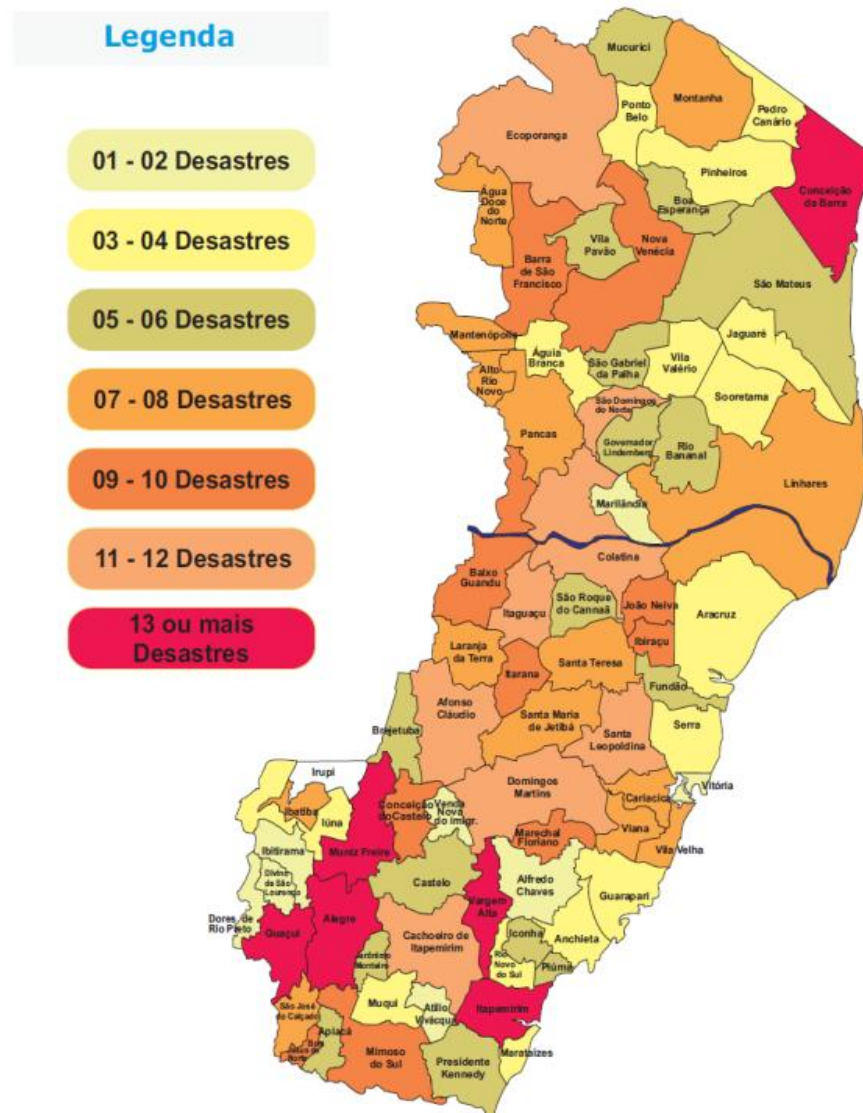


Fonte: IBGE, AGROFIT.

A vigilância dos Desastres de Origem Natural - VIGIDESASTRES atua na redução do risco de exposição aos impactos ocasionados por desastres de origem natural, classificados como geológicos (deslizamentos, erosão, terremotos, etc), hidrológicos (inundação, enxurradas, alagamentos, etc), meteorológicos (ciclones, tornados, ondas de calor, etc), climatológicos (seca, estiagem, incêndio florestal, etc) e biológicos (ex.: epidemias, infestações e pragas). Nesse sentido, a atuação da Vigilância em Saúde é baseada na gestão do risco e requer articulações intra e interinstitucional para a definição de responsabilidades e atuação integrada.

Conforme levantamento de dados da Defesa Civil Estadual os desastres mais recorrentes que atingiram o ES entre 2000 e 2013 foram: inundação, enxurrada, estiagem, vendaval, granizo, deslizamento e erosão marinha. A Figura 12 destaca neste período a ocorrência dos principais desastres por município.

Figura 12: Distribuição espacial dos desastres (inundações e seca/estiagem), quanto ao número de ocorrências, ES, 2000 a 2013



Fonte: CEPDEC/ES

No ano de 2013, no mês de dezembro, o ES sofreu o impacto da incidência das fortes chuvas, fato este que não ocorria desde 1979, tendo sido registradas ocorrências de situações anormais em 55 dos 78 municípios, em um curto período de 15 dias, conforme dados da Defesa Civil Estadual. Nos anos de 2014 e 2015, a estiagem foi o desastre que mais ocorreu no estado com decretações municipais de situação anormal em aproximadamente 50 municípios.

O monitoramento ambiental do *vibrião cholerae* é uma ação desenvolvida pela vigilância em saúde ambiental desde 2000. O monitoramento nos pontos estratégicos mantém coleta quinzenal e é imprescindível para priorizar ações imediatas de intervenção para prevenção e controle da cólera no Estado e das primeiras medidas sanitárias importantes no controle e combate à disseminação do vibrião da cólera.

A Vigilância Sanitária Estadual é responsável por serviços de alta e média complexidade. Nesse âmbito, uma das ações está relacionada para o setor de serviços de saúde onde estão incluídos hospitais, clínicas, unidades hemoterápicas, laboratórios de análises clínicas, comissões de controle de infecções hospitalares, serviços de terapia renal substitutiva (hemodiálise), clínica de dependência química, comunidades terapêuticas, unidades de transporte e remoção, clínicas de endoscopia, clínicas que realizam procedimentos invasivos – pequenas cirurgias, clínicas dermatológicas, serviços de câmara hiperbárica, empresas processadoras de produtos para a saúde, serviços de radioterapia, de radiodiagnóstico e de radioproteção.

No que diz respeito ao controle de infecção nos serviços de saúde, os perigos mais comuns encontrados nos serviços inspecionados estão relacionados com: inadequação de área física para o exercício da atividade proposta; equipamentos com manutenção preventiva inadequada; processos de trabalho com falhas por vários motivos – falta de materiais adequados, improvisação na realização do procedimento, falta de capacitação específica do profissional que está realizando o procedimento e principalmente a falta de auditorias internas periódicas para avaliar e corrigir o processo.

A participação dos municípios no controle de infecções no Estado do Espírito Santo é pouco expressiva. A atividade de consolidação e análise de indicadores de infecção hospitalar é centralizada pela coordenação estadual e regionais (Norte, Central e Sul) de controle de infecção, refletindo um distanciamento dos municípios em relação às ações de controle de infecção implementadas pelos serviços de saúde local.

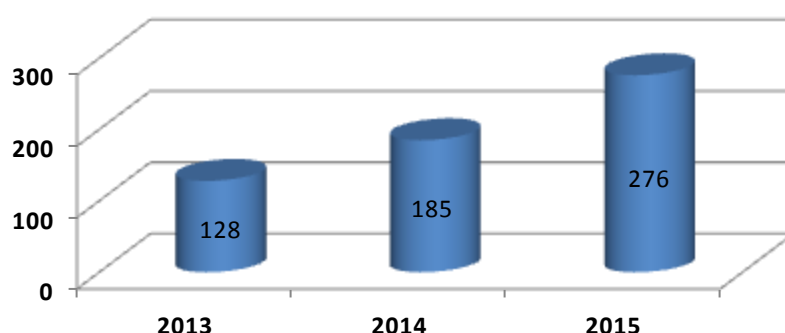
Nas últimas décadas a preocupação com a segurança no cuidado prestado ao paciente tem se tornado um dos assuntos prioritários na área da saúde, refletindo na busca e

desenvolvimento de evidências científicas. O Espírito Santo encontra atualmente um ambiente propício para a incorporação de ações sobre segurança do paciente na assistência à saúde e, conseqüentemente, no desenvolvimento de investigações científicas. O Programa Estadual de Segurança do Paciente tem por finalidade estruturar uma rede de informações e comunicação entre os EAS para troca experiências, disseminação de melhores práticas, elaboração e implementação de protocolos baseados nas boas práticas relacionados à qualidade e segurança do paciente e promoção de capacitação das equipes multidisciplinares responsáveis pela assistência.

Assim, em 2013 foi publicada no Diário Oficial do Espírito Santo a Portaria 272-R de 06/11/2013 que institui o Programa Estadual de Segurança do Paciente, nomeia os componentes das Comissões Estadual e Regionais de Segurança do Paciente e dispõe sobre a competência da Comissão Estadual de Segurança do Paciente. O principal desafio tem sido ampliar o número de planos de segurança do paciente.

A hemovigilância está inserida nas ações de Vigilância Sanitária desenvolvidas no Brasil e representa uma das áreas estratégicas de atuação da ANVISA. A segurança e a qualidade do sangue e hemocomponentes devem ser asseguradas em todo o processo, desde a captação de doadores até a sua administração ao paciente. A hemovigilância se insere nessa perspectiva como um sistema de avaliação e alerta, organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes, a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência. No ES, de 2013 a junho de 2015 foram realizadas 589 notificações relacionadas ao uso do sangue e hemocomponente. (Gráfico 32).

Gráfico 32 : Número de Notificações relacionadas ao uso de sangue e hemocomponente – 2013 a 2015.



Fonte:

Desse total, 440 notificações foram analisadas e concluídas pela referência estadual em hemovigilância e 149 pela ANVISA. Os dados obtidos demonstram que a reação febril não hemolítica e a reação alérgica são as mais prevalentes. Dentre os avanços conquistados, temos o aumento dos serviços cadastrados e notificadores, bem como a revisão dos protocolos para condutas frente às reações transfusionais mediatas e imediatas através das inspeções sanitárias anuais. Nossos desafios estão em manter estratégias de expansão e qualificação das notificações das reações transfusionais e a implementação de investigação dos eventos adversos do ciclo do sangue desde a doação. Destacamos também o monitoramento das condições higiênico-sanitárias dos serviços de terapia antineoplásica.

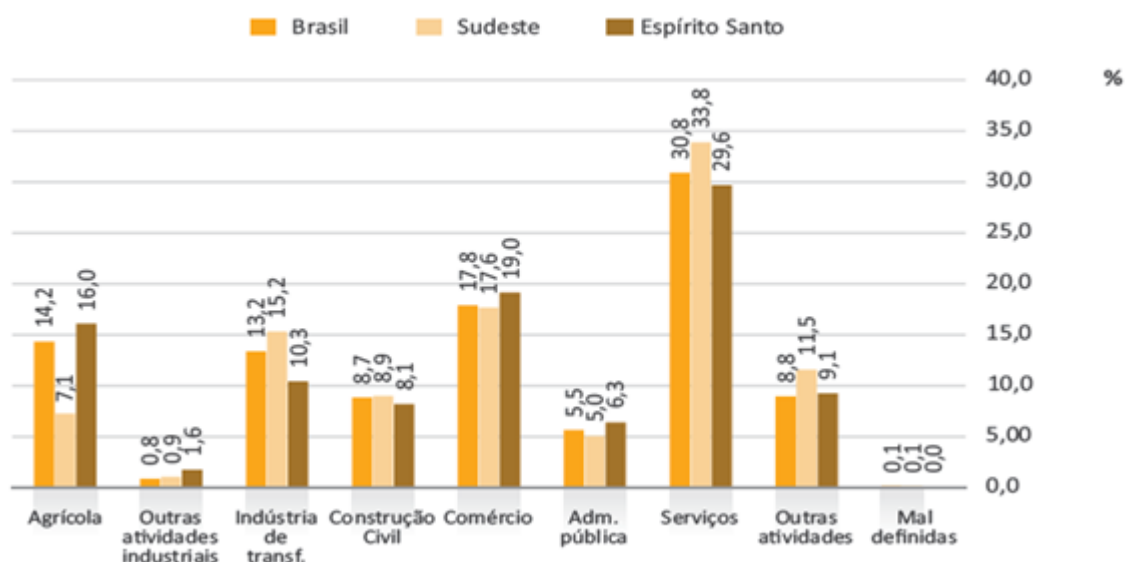
Dentro da área de atuação Produtos de Interesse à Saúde (PROIS) é importante ressaltar as mudanças iniciadas na legislação sanitária em 2007, quando se aproximou o modelo de regulação aos aplicados na Europa e Estados Unidos, tornando a fiscalização extensa. O setor atua em um campo muito amplo da economia do Espírito Santo, pois algumas dessas empresas são de porte médio a grande, até 02/07/2015, tínhamos o total de 79 empresas, com tendência ao crescimento.

Compete à vigilância sanitária de alimentos o controle sanitário e o registro dos produtos alimentícios industrializados, com exceção dos produtos de origem animal. Cabe ainda a participação no controle das águas de consumo humano, o controle do sal quanto ao teor de iodo, o controle de gorduras e sódio, a vigilância da contaminação por resíduos de agrotóxicos nos alimentos. Todas as ações de monitoramento de programas nacionais referentes a alimentos são executadas pelos técnicos da área de alimentos da vigilância sanitária estadual.

Considerando que o trabalho é um determinante da saúde das pessoas, as políticas e legislações em saúde do trabalhador tem se ampliado de forma a proporcionar uma maior garantia à atenção à saúde da população trabalhadora, formal ou informal. Para atuar neste campo, a SESA conta com o Núcleo Especial de Vigilância em Saúde do Trabalhador (NEVISAT) e com o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST-ES). Atualmente o ES possui 03 CEREST com abrangência regional (Norte, Central e Sul) com objetivo de fornecer suporte técnico e científico aos municípios na implantação das ações de atenção à saúde do trabalhador.

Com base na estimativa populacional de 2015 para o ES e considerando os dados do Censo 2010 para População em Idade Ativa⁶, cerca de 76,5% da população do Estado é mão de obra potencial colocada à disposição dos setores produtivos. O maior percentual de trabalhadores está inserido nos setores de serviços (29,6%), comércio (19%) e agrícola (16%). No meio rural o setor agrícola destaca-se como importante empregador da mão de obra (67,6%) e na área urbana o destaque é para o setor de serviços (32,4%) (PNAD, 2012). Com relação ao setor industrial (Indústria de Transformação e a Indústria Extrativa), metade dos empregos dessas indústrias está concentrada na região metropolitana.

Gráfico 33: Distribuição da ocupação segundo ramos de atividade econômica, Brasil, Sudeste e Espírito Santo, 2012



Fonte: PNAD/IBGE. Elaboração: IJSN- Coordenação de Estudos Econômicos (CEE)

Sabe-se do elevado percentual de trabalhadores do ES na atividade agrícola e se evidencia a necessidade de promoção e vigilância da saúde da população exposta, com identificação dos fatores determinantes e ambientais dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho.

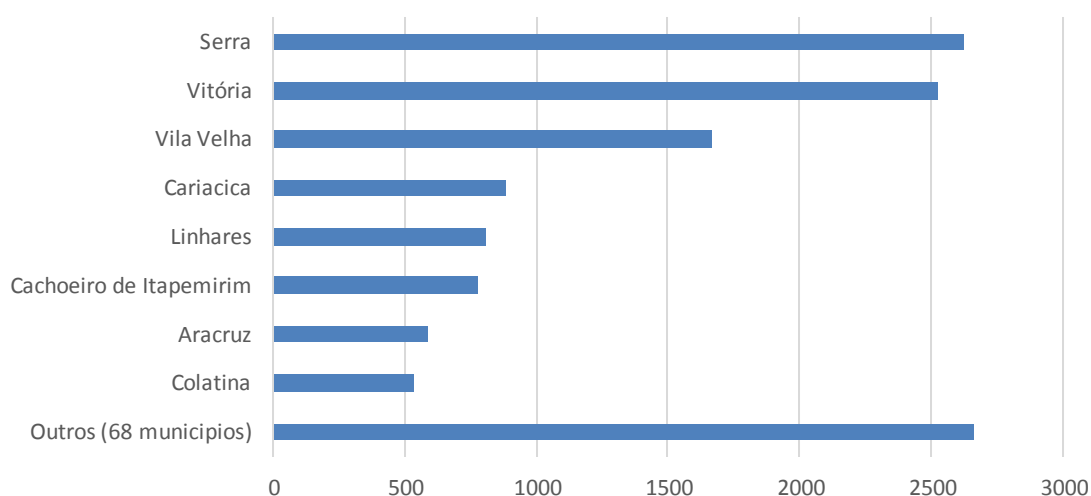
Na composição do perfil da população trabalhadora no ES, é preciso destacar o emprego de mão de obra infantil. O Censo 2010 indicava que 13,4% da população entre 10 e 17

⁶Para o IBGE, a População em idade ativa, compreende o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo. Para efeitos estatísticos são contabilizadas pessoas acima dos 10 anos de idade.

anos estavam ocupados. Desse grupo de 64.864 crianças e adolescentes, 23,9% não frequentam a escola. 7,6% trabalham na produção para consumo próprio, 33,3% em atividade da agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura, e 18,6% em atividade do comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas. O trabalho infantil pode prejudicar a formação do indivíduo e afetar a conquista de sua cidadania, implicando em impactos diretos para a qualidade de vida futura dessas crianças e adolescentes.

A partir do fornecimento do banco de dados das CAT's (Comunicação de Acidente de Trabalho) da Previdência Social referente ao ano de 2014, constatou-se que os acidentes de trabalho típicos prevalecem entre os agravos mais notificados quando comparados aos acidentes de trajeto e doenças ocupacionais. Quanto à distribuição de acidentes por município, observou-se uma maior concentração de acidentes na região metropolitana, conforme detalhado no Gráfico 34.

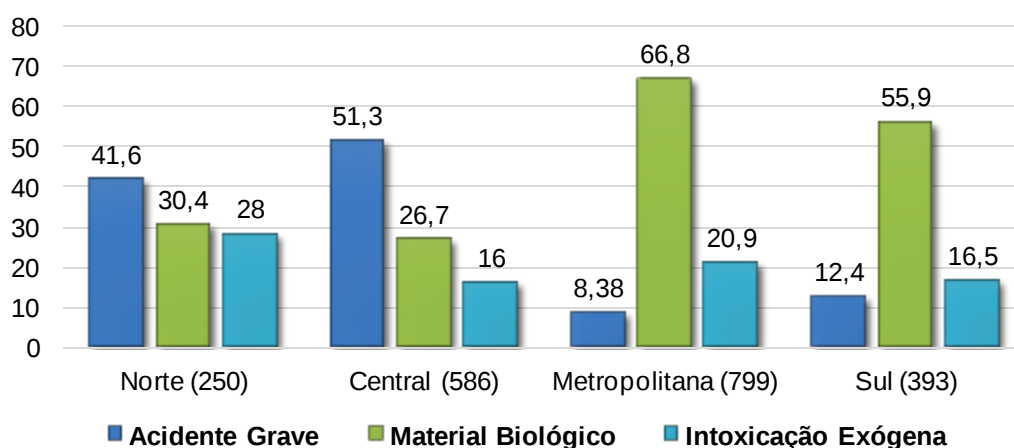
Gráfico 34 : Acidentes típicos, por município, ES – 2014



Fonte: SESA-ES/CAT's

Dados do SINAN mostram que o Espírito Santo registrou 2.028 acidentes e agravos de notificação compulsória em 2014. No Gráfico 35 estão demonstrados os números de casos notificados em cada região de saúde, bem como os percentuais por tipologia do acidente.

Gráfico 35 : Principais acidentes e agravos de notificação relacionada ao trabalho, segundo Regiões de Saúde (%). ES, 2014.



Fonte: SESA-ES/SINAN

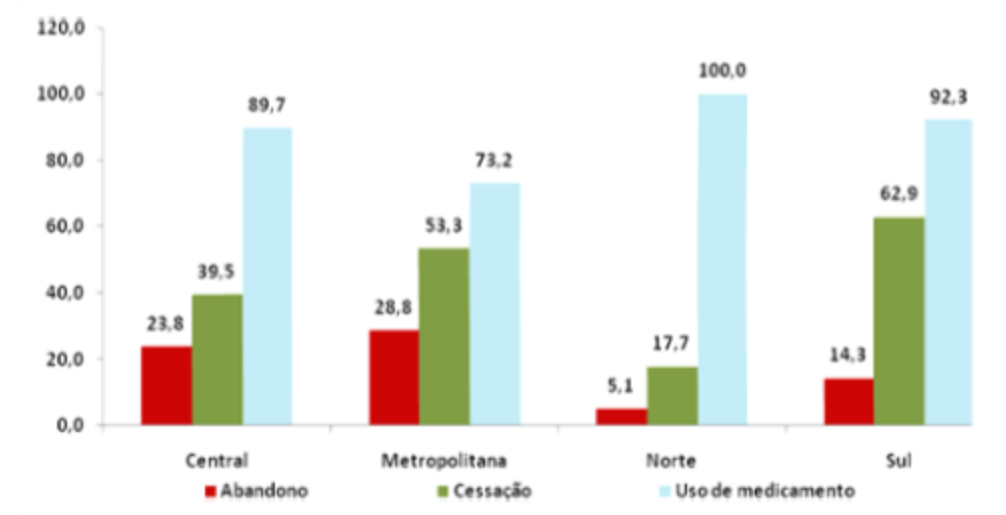
O Estado atingiu no ano de 2014 um total de 75 municípios notificando acidentes ou agravos relacionados ao trabalho (96,1%). Mesmo diante do aumento no número de notificações por meio dos estabelecimentos de saúde, este número está muito aquém das notificações computadas pela Previdência Social, que registra acidentes de trabalhadores formais e celetistas. Em 2014, no Espírito Santo, a Previdência Social contabilizou 13.087 acidentes e doenças do trabalho, enquanto o Sistema Único de Saúde registrou 2.028 acidentes.

Quanto às doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, dentre os principais fatores de riscos na população brasileira, segundo dados do VIGITEL de 2006 a 2014, estão o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física.

Fumar é um comportamento extremamente reforçado diariamente, pela dependência à nicotina e outros fatores externos que consideram o ambiente onde o indivíduo vive. Um dos métodos de tratamento é a abordagem baseada no modelo cognitivo comportamental e objetiva a aprendizagem de um novo comportamento. O uso de medicamentos tem um papel bem definido no processo de cessação do tabagismo, que é o de minimizar os

sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem intensiva do tabagista.

Gráfico 36: Percentual de pacientes segundo abandono, cessação e uso de medicamento do Tabagismo na Rede SUS no Estado do Espírito Santo – 2014



Fonte: SESA/GEVS/NEVE.

A prática de atividade física regular é um dos principais componentes na prevenção do crescimento da carga global de doenças crônicas. Segundo dados da pesquisa VIGITEL 2014, Vitória é a terceira Capital do Brasil com o maior percentual de adultos que praticam atividade física - 41%. No entanto não podemos afirmar que tal situação retrata a realidade do nosso Estado como um todo, tendo em vista que a pesquisa VIGITEL traz dados apenas das capitais do Brasil.

A promoção de práticas alimentares saudáveis, que se inicia com o incentivo ao aleitamento materno, está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis. Merece igualmente enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais, o consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, bem como de padrões alimentares mais variados desde os primeiros anos de vida até a idade adulta e a velhice. Quanto à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, tais como as cardiovasculares e a diabetes *mellitus*, a adoção de hábitos alimentares apropriados por seus portadores é fundamental para que se evite o agravamento destas patologias.

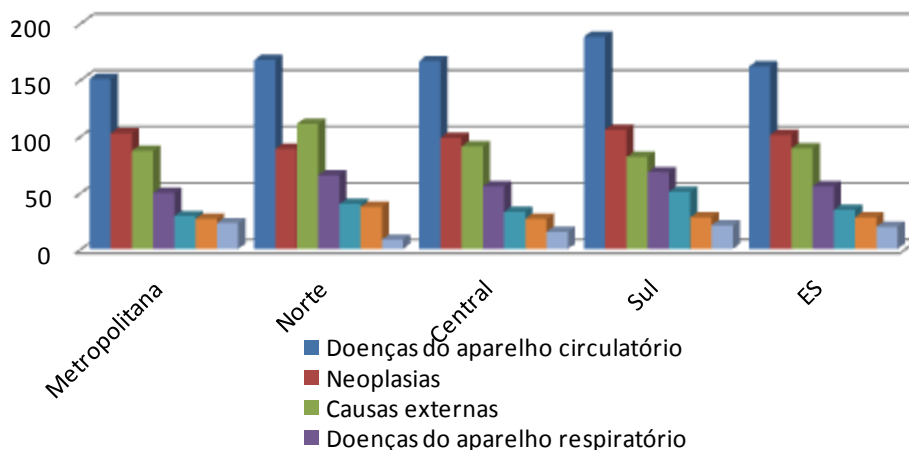
Referente à Mortalidade, as doenças do aparelho circulatório permanecem como principal causa de óbito no Estado, seguida das causas externas, que em 2015 reduz e passa a ocupar o terceiro lugar, alternando de posição com as neoplasias. Esta alteração pode estar relacionada às políticas públicas de segurança adotadas no estado nos últimos anos. As doenças do aparelho respiratório aparecem em quarto lugar e junto com as anteriores acumulam mais de 70% dos óbitos ocorridos no estado (Tabela 16). Em 2015 foram registrados 22.592 óbitos no SIM, correspondendo um Coeficiente de Mortalidade Geral de 5,75 óbitos por 1.000 habitantes.

Tabela 16: Mortalidade proporcional por grupos de causas - ES, 1990 a 2015

Grupo de Causas	1990	2000	2010	2015
Doenças infecciosas e parasitárias	5,2	4,01	2,85	3,0
Neoplasias	12,43	14,2	16,5	17,6
Doenças do aparelho circulatório	33,25	32,0	30,34	28,16
Doenças do aparelho respiratório	7,64	8,68	9,1	9,61
Afecções originadas no período perinatal	6,57	4,36	3,71	3,77
Causas externas	19,44	20,21	18,19	15,61
Demais causas definidas	15,48	16,55	19,31	22,25

Fonte: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Gráfico 37 Taxa de mortalidade/100.000 hab. segundo principais causas e Regiões de Saúde. ES 2015



Fonte: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade e IBGE

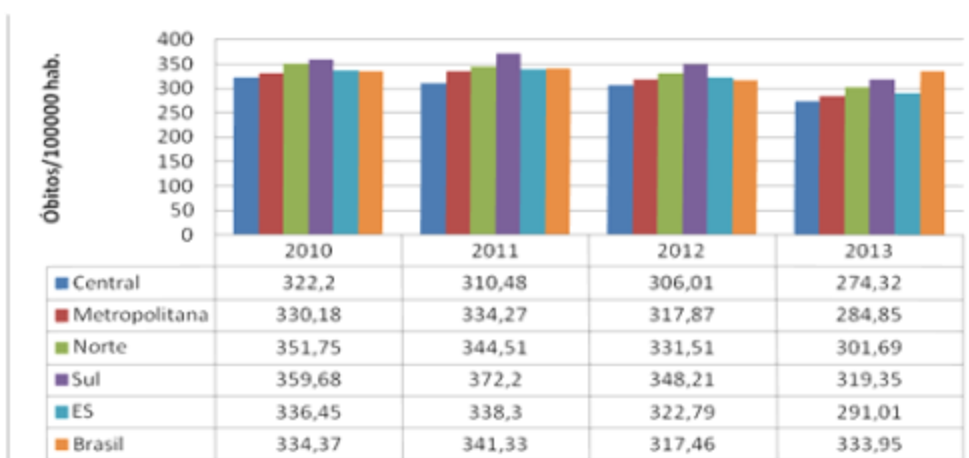
As doenças crônicas não transmissíveis, acrescidas dos acidentes e da violência, constituem a principal causa de adoecimento e óbito no mundo. Suas consequências fatais e não fatais acometem principalmente as populações de baixa renda, em especial as menos escolarizadas, agravando o quadro de iniquidades em saúde, exacerbando a pobreza e ceifando vidas precocemente. Sua relevância pode ser estimada pontualmente, considerando sua magnitude, já que dentre as 57 milhões de mortes no mundo (63%) ocorreram devido as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (WHO, 2011).

No Brasil e no Espírito Santo ao longo dos últimos 50 anos e a partir da consolidação dos fenômenos das transições demográfica, nutricional e epidemiológica, as DCNT tornaram-se problemas de saúde pública de maior relevância.

A taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis considera os óbitos da população de 30 a 69 anos pelo conjunto das principais DANTs onde estão as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas. A taxa representa número de óbitos por 100 mil habitantes e demonstra o impacto das políticas públicas de prevenção das DANTs e seus fatores de risco. Quando comparadas as taxas por Regiões de Saúde, as Regiões Norte e Sul se destacam com índices superiores à média do Estado e do País no período de 2010 a 2013.

Gráfico 38 : Taxa de mortalidade prematura (30 a 59 anos) por DCNT.

Óbitos/100.000 hab. ES e Regiões de Saúde.



Fonte: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade e IBGE

Quando se analisa as causas específicas por faixa etária (Quadro 3), evidencia-se o potencial das causas externas quanto às mortes evitáveis. Apesar da redução observada em relação aos anos anteriores, em 2015 chega a significar 78,3% dos óbitos na população adolescente de 10 a 19 anos (487 óbitos) e 76% entre os jovens de 20 a 29 anos (774 óbitos).

Quadro 3: Mortalidade proporcional por faixa etária - ES 2015

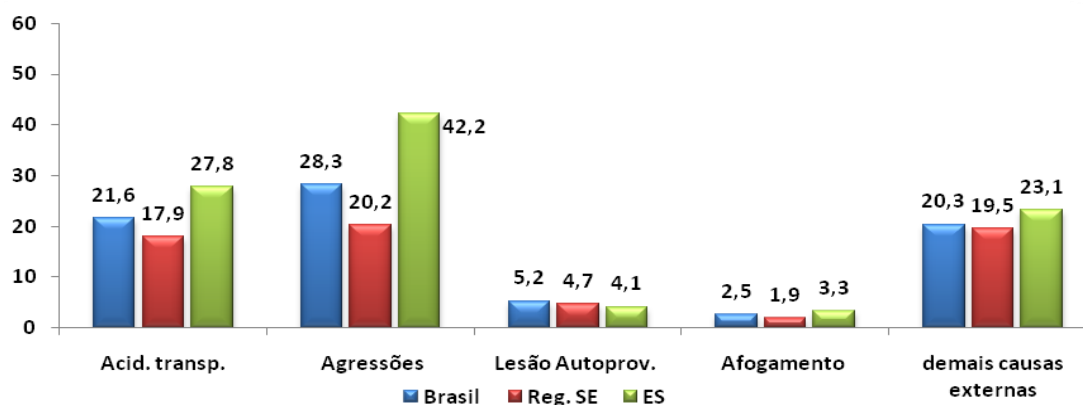
Causa Idade	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	> 70 anos
1ª	Perinatal 53,9%	Causas externas 5,2%	Neo 25,9%	Causas externas 78,3%	Causas externas 76,0%	Causas externas 50,3%	Causas externas 27,8%	Ap. circulatório 28,9%	Ap. circulatório 34,3%	Ap. circulatório 28,9%
2ª	Congênitas 29,9%	Ap. respiratório 14,6%	Causas externas 18,5%	Neo 4,2%	Ap. circulatório 4,5%	Neo 10,5%	Ap. circulatório 20,9%	Neo 27,8%	Neo 26,3%	Neo 16,7%
3ª	Causas externas 5,0%	Congênitas 13,6%	Sist. Nervoso 11,1%	Sist. Nervoso 3,5%	DIP 4,3%	Ap. circulatório 10,2%	Neo 19,2%	Causas externas 12,7%	Endócrinas 8,2%	Endócrinas 15,1%
4ª	Ap. respiratório. 4,1%	Sist. Nervoso 10,7%	Ap. respiratório 9,3%	Ap. circulatório 2,4%	Neo 3,5%	DIP 7,8%	Ap. digestivo 7,8%	Ap. digestivo 7,5%	Ap. respiratório 7,8%	Ap. respiratório 7,6%
5ª	DIP 2,7%	Neo 9,7%	DIP 9,3%	Ap. respiratório 2,4%	Sist. Nervoso 2,0%	Ap. digestivo 5,4	DIP 5,5	Endócrinas 5,7%	Causas externas 6,6%	Causas externas 5,5%
6ª	S.Nervoso 1,1%	DIP 8,7%	Congênitas 5,6%	Congênitas 2,1%	Gravidez parto e puerpério 1,8%	Ap. respiratório 3,4%	Endócrinas 4,6%	Ap. respiratório 5,4%	Ap. digestivo 6,4%	Ap. digestivo 5,0%

Fonte: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade e IBGE

As principais causas específicas por doenças do Aparelho Circulatório e que representam mais de 60% dos óbitos registrados neste capítulo da CID 10 são: Infarto agudo do miocárdio, Doença isquêmica crônica do coração, Doença cardíaca hipertensiva, Acidente vascular cerebral, Sequelas de doenças cerebrovasculares e outras doenças cerebrovasculares. Diante da situação faz-se necessário a intensificação do controle dos fatores de risco e do maior acesso da população aos serviços de saúde, com objetivo de reduzir a morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório.

As causas externas representam, na atualidade, um grande problema de saúde pública: sua mortalidade e morbidade são altas, atingem faixas etárias jovens e representam elevados gastos para o setor público⁷. Comparando com o Brasil e Região Sudeste, na taxa de mortalidade referente ao ano de 2013 para o ES, observa-se maiores valores em relação às agressões, incluindo os homicídios (42,2) e acidentes de transporte (27,8). Juntos esses dois agravos foram responsáveis por 70% da mortalidade por causas externas (Gráfico 21).

Gráfico 39 : Coeficiente de mortalidade por causas externas no Brasil, Região Sudeste e Estado do Espírito Santo - 2013 CME/100.000



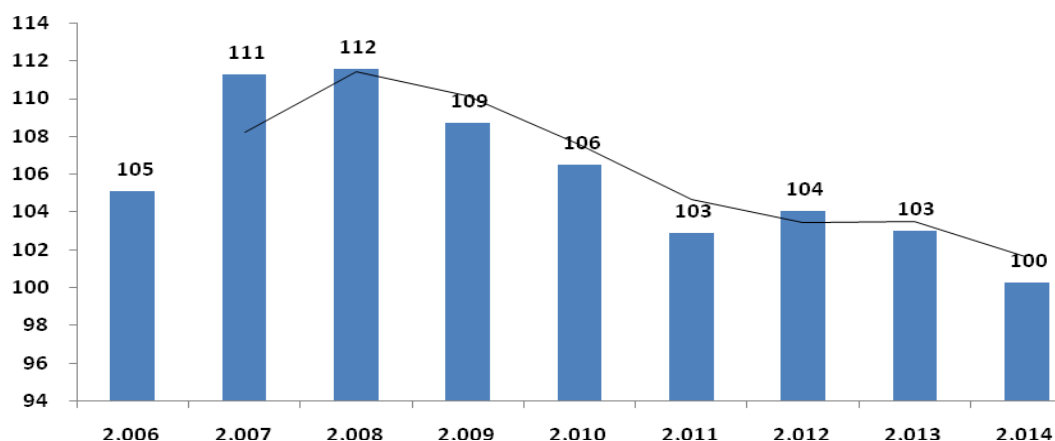
Fonte: MS/SIM

⁷ O Brasil aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, através da Portaria 737/01. Segundo tal portaria, “os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) – sob a denominação de causas externas”.

Com relação aos óbitos causados por acidentes de transporte terrestres, sabe-se que seu crescimento no decorrer dos últimos anos devido ao aumento da frota de veículos e às condutas de risco como dirigir após ingerir bebida alcoólica e excesso de velocidade. Dados do SIM informam que para o ano de 2016, o ES apresentou 805 óbitos e ocupando a primeira posição com 29,81% das mortes, envolveram motociclistas. As informações referentes ao sexo e faixa etária mostram que a maioria dos óbitos atinge homens em idade socioeconômica ativa.

Embora com valores ainda elevados, o ano de 2014 revelou o menor resultado na mortalidade por causas externas por 100 mil habitantes da última década, apontando que as políticas públicas estão no caminho certo. Contudo, é preciso alcançar níveis ainda mais aceitáveis. (Gráfico 22).

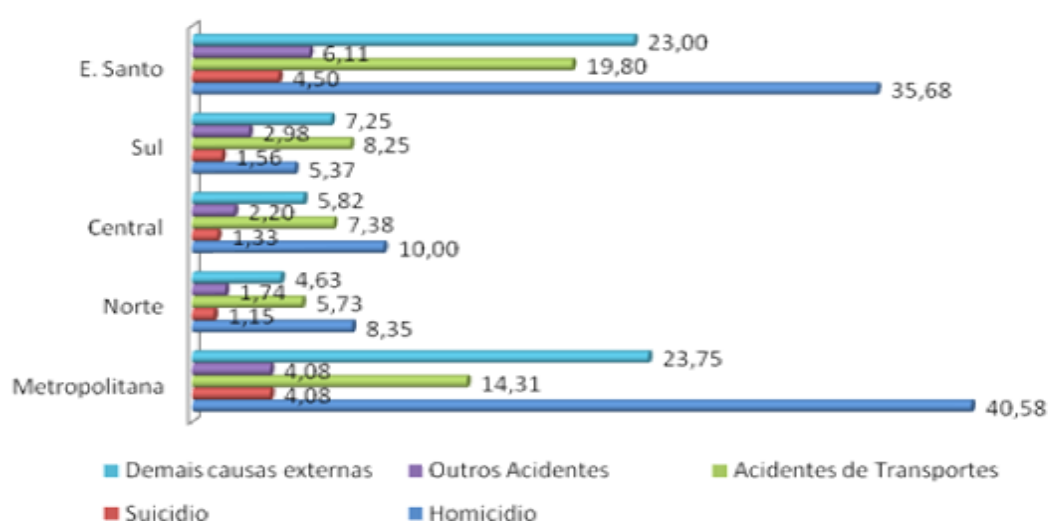
Gráfico 40 : Taxa de Mortalidade por Causas Externas no Estado do Espírito Santo - 2006 a 2014 (CME p/100 mil hab)



Fonte: MS/SIM

Com relação às Regiões de Saúde, os dados de mortalidade específica por CE demonstram, por exemplo, que o risco de morte por causas violentas na Região Metropolitana é maior que do Estado e chega a ser 7,5 vezes maior que na Região Sul para os homicídios. Dentre os homicídios, destacamos os ocorridos contra as mulheres. Entre 2003 e 2013, se as taxas de homicídios femininos das demais UFs cresceram 8,8%, as das capitais caíram 5,8%, evidenciado a interiorização da violência, num processo em que os polos dinâmicos da violência letal se deslocam dos municípios de grande porte para municípios de porte médio.

Gráfico. 41 Mortalidade por tipo de causas externas, por região de Saúde-CME/100.000 Hab. ES. 2015



Fonte: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade e IBGE

O ES figura como o 2º estado no Ranking Nacional de violência contra a mulher. Vitória, Maceió, João Pessoa e Fortaleza encabeçaram as capitais com taxas mais elevadas no ano de 2013, acima de 10 homicídios por 100 mil mulheres. A notificação de violência doméstica contribui para garantir atenção e proteção de pessoas em situação de risco, melhorar conhecimento da magnitude deste grave problema de saúde pública além de medir a sensibilidade da rede de atenção a saúde.

No Brasil, o câncer representa a segunda causa de óbito na população adulta e para o ES, as neoplasias se apresentaram em igual posição em 2015. Nesse ano, a estimativa apontava 12.320 novos casos de câncer, sendo que 4.630 para tumores de pele não melanoma e os demais 7.690 distribuídos para as demais neoplasias.

Merecem destaque os tumores de próstata, mama, cólon e reto, pulmão e estômago, conforme demonstrado na Tabela 17.

Tabela 17: Estimativa para o ano de 2015 das taxas brutas de incidência por 100 mil hab. e do número de casos novos segundo sexo e localização primária.
ES e Vitória, 2015

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	1.580	88,62	170	107,21	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	990	53,93	130	70,07
Colo do Útero	-	-	-	-	270	14,91	30	14,34
Traqueia, Brônquio e Pulmão	310	16,81	30	20,30	170	9,24	20	12,42
Cólon e Reto	280	15,55	50	29,32	340	18,74	50	27,42
Estômago	310	17,28	20	15,47	160	8,86	20	10,31
Cavidade Oral	290	16,41	20	12,92	110	6,04	**	7,40
Laringe	160	8,92	**	8,07	**	0,53	**	1,75
Bexiga	150	8,33	**	5,50	30	1,81	**	3,04
Esôfago	240	13,62	20	14,13	80	4,37	**	3,12
Ovário	-	-	-	-	90	5,06	20	9,86
Linfoma de Hodgkin	30	1,72	**	2,41	**	0,72	**	1,75
Linfoma não Hodgkin	100	5,44	**	6,46	100	5,50	**	8,58
Glândula Tireoide	**	0,34	**	1,96	150	8,26	20	10,58
Sistema Nervoso Central	100	5,64	**	6,15	80	4,22	**	5,66
Leucemias	90	5,31	**	4,45	70	3,77	**	4,34
Corpo do Útero	-	-	-	-	80	4,16	20	11,37
Pele Melanoma	50	2,81	**	8,91	70	3,65	20	9,77
Outras Localizações	590	32,12	140	40,30	620	32,41	140	36,13
Subtotal	4.280	239,32	450	282,96	3.410	185,06	470	261,69
Pele não Melanoma	2.560	143,27	250	155,09	2.070	112,32	180	99,36
Todas as Neoplasias	6.840	382,46	700	440,15	5.480	297,39	650	361,92

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10. / ** Menores que 15 casos.

Fonte: Inca

Dentre os casos esperados para o ES, estimava-se mais da metade deles para a Região Metropolitana, território com maior concentração populacional do Estado. (Tabela 18).

Tabela 18: Estimativa de casos novos de câncer por região de saúde. ES, 2015

Região	População	Casos Novos
Norte	421.752	1.337
Central	634.574	2.012
Metropolitana	2.152.699	6.826
Sul	676.024	2.144
Total	3.885.049	12.320

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

O câncer é responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, sendo 12 % de todas as causas de mortes no mundo. Em 2015 foram 3976 óbitos por câncer no Estado do Espírito Santo (17,6% dos óbitos). Os principais tipos de câncer na população masculina e feminina estão representados na tabela 19.

Tabela 19: Óbitos por Neoplasias segundo sexo. Espírito Santo, 2015

Homens	Nº óbitos	Mulheres	Nº óbitos
Próstata	300	Mama	267
Brônquios e dos pulmões	288	Brônquios e dos pulmões	166
Esôfago	213	Colo do útero	142
Estômago	196	Colón	118
Encéfalo	113	Pâncreas	92
Fígado vias biliares intra-hepat	111	Estômago	86
Colón	95	Encéfalo	77
Pâncreas	82	Ovários	69
Laringe	76	Fígado vias biliares intra-hepat	68
Bexiga	61	Esôfago	61
Outras Neoplasias	707	Outras Neoplasias	588

Fonte: SESA/ SIM

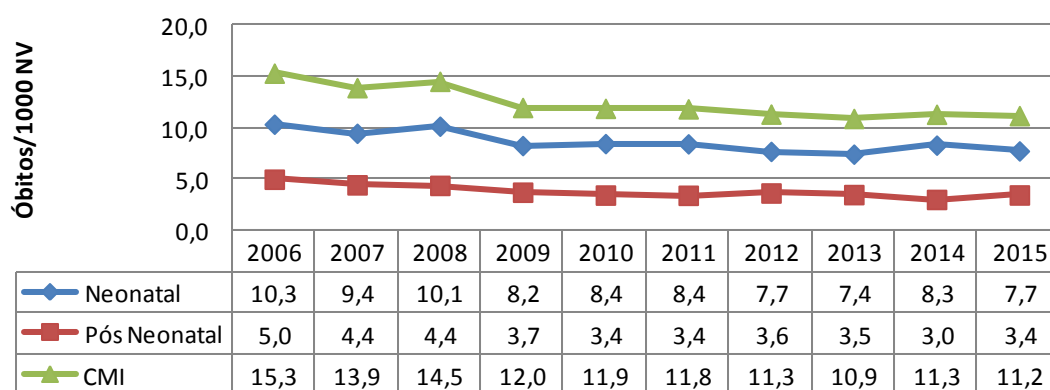
No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em fases avançadas. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos de diagnóstico é de 61% (INCA). Em 2015, no ES 15% das mortes por neoplasias em mulheres foram por câncer de mama, acompanhado por neoplasias de pulmões e brônquios, colo de útero e cólon.

A mortalidade por câncer de próstata aparece em primeiro lugar no ano 2015 na população masculina seguida de brônquios e pulmões, esôfago e estômago.

O câncer de próstata é considerado como o câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA). Com aumento da expectativa de vida e a evolução dos métodos diagnósticos, a incidência tende a aumentar, conforme mostram as estimativas nos últimos anos, (1.580 casos novos em 2015 no Espírito Santo).

Apesar de a mortalidade infantil ter apresentado redução em todo país nas últimas décadas, ainda temos um índice elevado quando comparado com países desenvolvidos. No ES, a taxa saiu de 15,3/1000 nascidos vivos em 2006 para 11,2 em 2015. (Gráfico 42).

Gráfico 42: Taxa de Mortalidade Infantil no Estado do Espírito Santo, 2009 a 2014



Fonte: SIM/SINASC

A mortalidade neonatal (óbitos em menores de 27 dias de vida) representa em termos proporcionais o principal componente da mortalidade infantil em todas as regiões do País, sobretudo no período neonatal precoce. Considerando que morte neonatal engloba o período neonatal precoce e tardio, os dados conduzem a uma reflexão imediata sobre a

atenção ao pré-natal, período de internação na maternidade e primeiras semanas de vida do bebê. Nesse sentido, a investigação do óbito infantil e fetal é importante para identificar fatores de risco de morte para os nascidos vivos e suscitar medidas de intervenção.

Tabela 20: Taxas de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal e infantil (TMI), por 1000 nascidos vivos, segundo Regiões de Saúde. ES, 2015.

Regiões	Neonatal Precoce	Neonatal Tardia	Pós Neonatal	TMI
Norte	6,97	2,27	2,92	12,16
Metropolitana	5,15	1,90	3,55	10,60
Central	6,93	2,31	2,86	12,10
Sul	5,52	2,10	3,98	11,60
ES	5,69	2,04	3,44	11,17

Fonte: SIM/SINASC

Em 2015, a mortalidade neonatal precoce apresentou maior taxa (por 1000 nascidos vivos) na Região Norte (6,97), seguida da Central (6,93), Sul (5,52) e Metropolitana (5,15).

Quando observamos a situação regional, vemos que apesar de apresentarem as maiores cobertura de pré-natal, as Regiões Norte e Central foram as que tiveram maior taxa de mortalidade infantil. Portanto, além da quantidade de consultas, há que se pensar nas condições em que se são prestadas a assistência ao pré-natal. No ES em 2015, a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré natal foi de 68%. Para as regiões, o indicador foi de 72 % na Norte, Central com 74 %, Metropolitana 68 % e Sul com 63%.

Importante constatar que além de baixa cobertura de assistência pré-natal em alguns municípios devemos evidenciar a captação tardia das gestantes e o início tardio do pré-natal (após 12 semanas), com realização de exames de rotina em tempo inoportuno com comprometimento da qualidade, associando-se a dificuldades de acesso pela baixa vinculação das gestantes aos locais de nascimento com consequente peregrinação das mães procurando mais de um serviço para admissão de parto.

Outro fator a ser considerado no cenário da mortalidade infantil se refere ao tipo de parto, pois em todas as Regiões de Saúde há uma taxa elevada de cesarianas, pois a

cesariana é a principal causa de nascimentos prematuros e de crianças com baixo peso, fatores principais para ocorrência de óbitos em bebês no período neonatal. Nesse sentido, verificamos em 2015 uma média de 63% de partos cesáreos no estado. Na Região Norte 60 %; Região Central com 64%; Região Metropolitana com 61 % e na Região Sul, 70 %. No cenário nacional, o ES está em 4º Estado no ranking em realização de partos cesáreos.

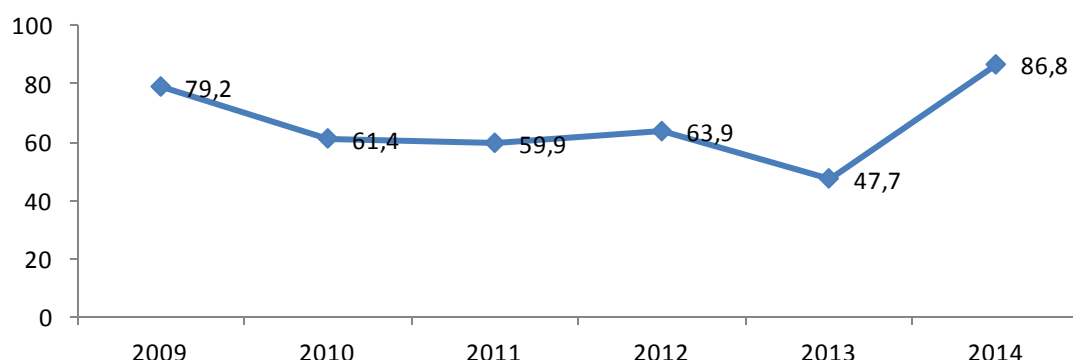
Estudo publicado em 2012 pela Organização Mundial da Saúde revelou que no ano de 2010, 15 milhões de bebês nasceram antes do tempo no mundo. Mais de 1 milhão deles morreram dias após o parto. O estudo demonstra que a prematuridade é a segunda causa de morte em crianças com menos de cinco anos de idade (a primeira é a pneumonia). Segundo a OMS, 75% desses óbitos poderiam ter sido evitados com adoção de medidas simples, como aplicação de antisséptico e antibióticos que evitassem infecções do trato urinário e ginecológicas. (EPOCA, 2012).

Por fim, apesar do caráter intersetorial das ações que impactam na mortalidade infantil, no campo da saúde pública é preciso avançar em intervenções como a classificação do risco gestacional com vistas a identificar precocemente os fatores de risco, oferta de exames e medicamentos em tempo oportuno à gestante, atenção ao parto e nascimento em serviço qualificado. Todo esse conjunto de medidas contribui para melhor atenção ao binômio mãe-filho e, conseqüentemente, a redução da morte infantil, além da materna.

Assim como a infantil, a mortalidade materna é multideterminada e mantém relação direta com fatores sociodemográficos e com a qualidade da assistência prestada à gestante e criança. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

O ES e suas regiões apresentaram índice elevado de mortes maternas, segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde. No período entre 2009 e 2014, a RMM registrou uma queda no penúltimo ano da série, mas uma elevação considerável no ano seguinte (Gráfico 43) quando tivemos 87 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Os números atestam que a situação atual está aquém do aceitável, pois, em países desenvolvidos, a RMM por mulher oscila de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2003). Ainda como referência para interpretação desse dado, podemos tomar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ONU) que estipulou a meta de 15 óbitos/100.000 NV ao final de 2015.

Gráfico 43 : Razão de Mortalidade Materna. ES, 2009 a 2014



Fonte: SIM e SINASC; dados atualizados em 08 de Maio de 2015.

No ano de 2014 foram notificados 49 óbitos maternos no ES (dados sujeitos a revisão), distribuídos conforme Tabela 21. Dentre as causas dos óbitos maternos estão pré-eclampsia e eclampsia, as doenças do aparelho respiratório, abortos, hemorragias, infecções do trato urinário, infecções puerperais e outras infecções.

Tabela 21: Óbitos maternos, óbitos mulheres em idade fértil (MIF), percentuais de investigação e Razão de Mortalidade Materna (RMM) segundo região de saúde. ES, 2014.

Região de Saúde	Óbitos maternos	Investigados (%)	Óbitos MIF	Investigados (%)	RMM
Norte	6	6 (100)	159	128 (80,5)	99,3
Central	8	6 (75)	197	161 (81,7)	91,4
Metropolitana	25	18 (72)	689	524 (76,1)	77
Sul	10	8 (80)	227	216 (95,2)	108,6
ES	49	38 (77,5)	1272	1029 (80,9)	86,8

Fonte: SESA/SIM; dados atualizados em 08/05/2015

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito de mulheres na faixa etária de 25-64 anos. No entanto, o problema não deixa de ser relevante, pois muitos deles poderiam ser impedidos uma vez que em 92% dos casos as mortes maternas são evitáveis.

ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social e tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização. As evidências demonstram que a APS tem capacidade solucionar aproximadamente 85% dos problemas de saúde de uma população e, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) deve ter como foco prioritário a saúde da criança, a saúde da mulher, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Priorizando o fortalecimento da atenção primária como ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde, o Espírito Santo implantou a partir de 1997, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, no ano seguinte, estabeleceram-se as primeiras equipes de Saúde da Família e em 2003 vieram as primeiras equipes de Saúde Bucal. No primeiro ano de implantação, o Programa Saúde da Família contou com 26 equipes de Saúde da Família em 15 municípios e desde 2006, o programa vem sendo denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

No período transcorrido entre 2012 e 2014, a cobertura ampliou para 67% e em julho do ano seguinte, 15 municípios (19%) estavam com cobertura inferior a 70,0%. As menores coberturas estavam em Cariacica (15%), Vila Velha (22%) e Serra (31%), municípios de grande porte que enfrentam dificuldades na ampliação e fixação de suas equipes profissionais. Em 2015, alcançou 707 equipes distribuídas nos 78 municípios do Estado, correspondendo a uma cobertura estimada de 60% da população capixaba⁸.

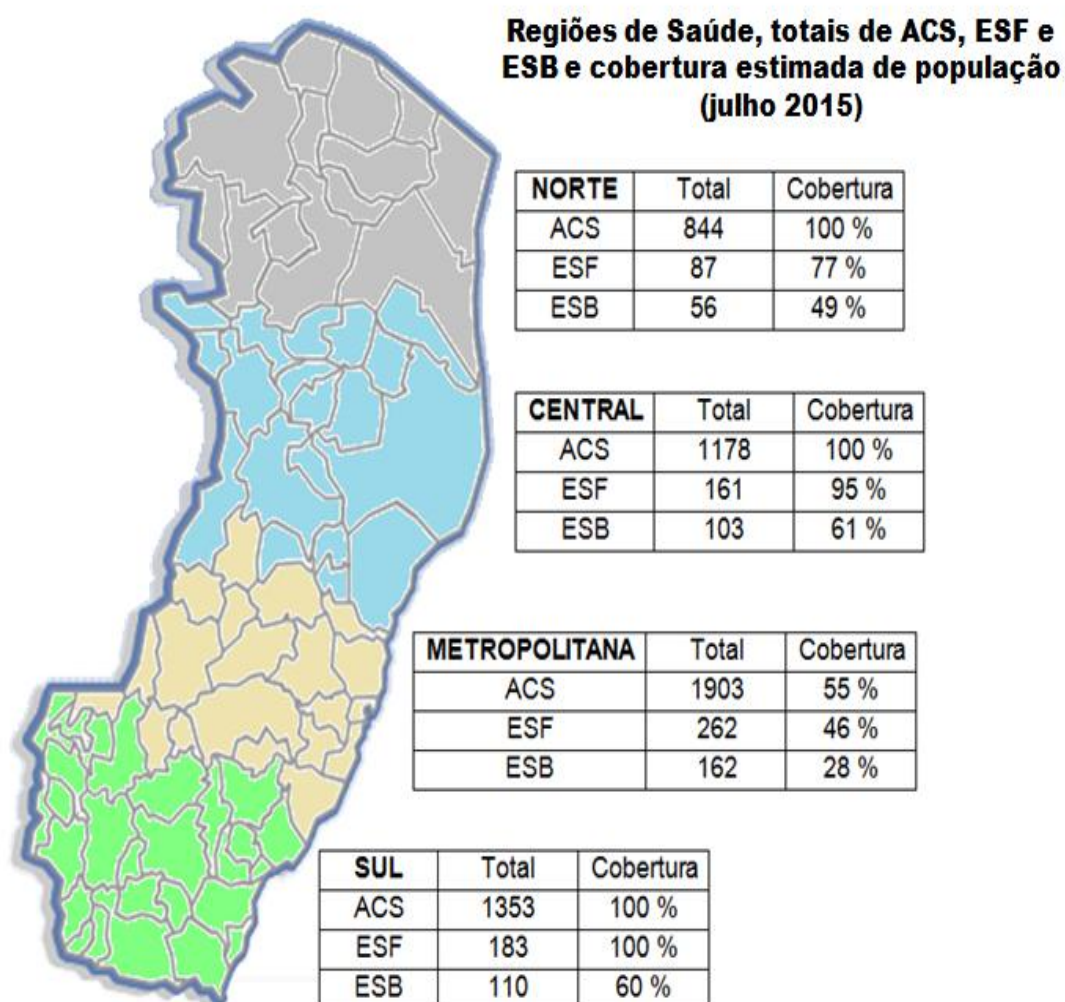
Para ampliação da cobertura e de acesso da população à atenção primária, no mesmo ano, o ES aderiu ao Programa Mais Médicos e em outubro/2015, tínhamos 447 médicos distribuídos em pontos daquele nível de atenção. Também no âmbito da APS no ES o Programa Saúde na Escola (PSE) busca a integração entre as políticas de educação e

⁸ As estimativas de coberturas por Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal relatados neste documento utilizam como base o Relatório de Repasse de Incentivo do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde para o mês de junho 2015 (ACS: população estimada IBGE dividido por 575; ESF e ESB: população estimada IBGE).

saúde para atender holisticamente crianças, adolescentes e adultos, por meio da articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade como todo.

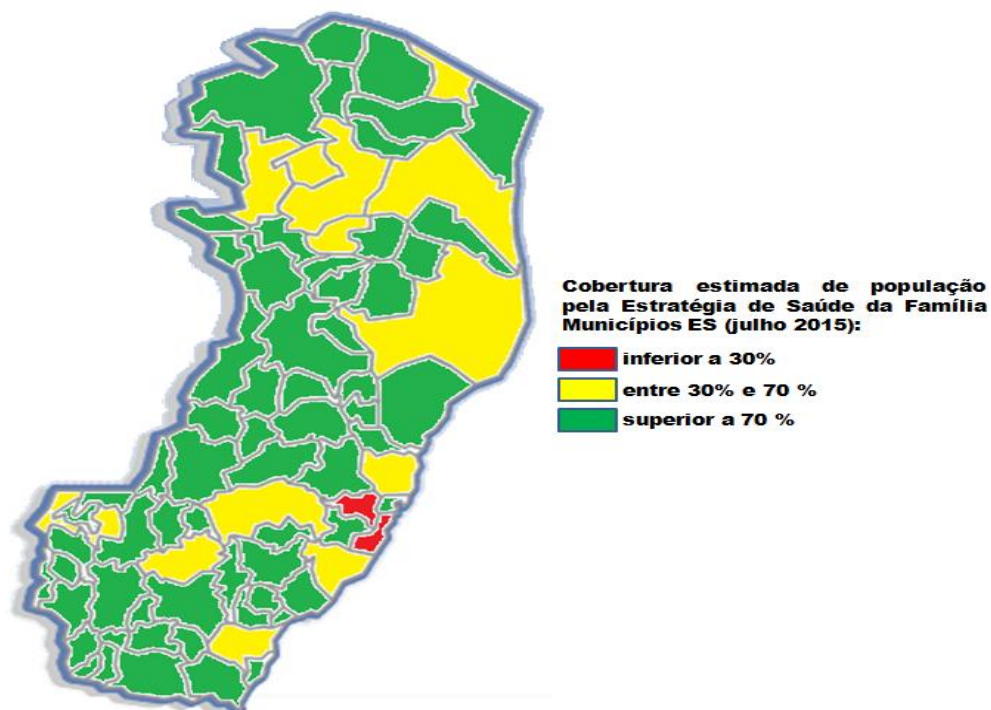
Com vistas à qualificação da APS, o ES também desenvolve o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) que possibilita o fortalecimento da APS pela utilização da ferramenta de autoavaliação (AMAQ) e de acompanhamento de indicadores. O Estado tem 74 municípios participantes do segundo ciclo, totalizando 94,87% dos municípios capixabas (dezembro/2015).

Figura 13: Total de ACS, ESF e ESB segundo Regiões de Saúde. ES, Julho-2015.



Fonte: DAB/MS julho 201

Figura 14: Cobertura estimada de população por Estratégia de Saúde da Família no ES (por município/estrato) Julho/2015



Fonte: DAB/MS julho 2015

Para qualificação da Estratégia Saúde da Família, a SESA incentiva a adesão dos municípios ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, em parceria com o Ministério da Saúde, desenvolve ações no sentido de qualificar e expandir as equipes municipais do NASF já implantadas. Em julho de 2015 existiam no ES 23 municípios com adesão ao NASF, com total de 25 equipes implantadas, 21 credenciadas e 27 cadastradas.

Destaca-se o projeto de ampliação e fortalecimento da APS, tendo como pilar central, a lógica do apoio institucional, a ser ofertado aos municípios conjuntamente com os técnicos das regionais de saúde, sendo este o grande desafio para os próximos anos.

O apoio institucional constitui-se em uma importante ferramenta de qualificação da gestão municipal, cuja relação entre os entes é pautada pela produção da autonomia dos sujeitos e das regiões.

O Projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, uma das ações estruturantes do Governo desenvolvidas no final da década passada, teve como objetivo ajudar os municípios a ofertarem assistência primária à saúde e, com isso, garantir o

acesso dos usuários aos serviços. A proposta do Projeto consistia em um conjunto de ações que visavam qualificar a proposta saúde da família em terras capixabas, por meio de construção de Núcleos Estratégicos de Saúde da Família/Unidades de Saúde da Família, instrumentalização das equipes de Saúde da Família (Kit PSF) e capacitação profissional específica para atuação dos profissionais nos PSFs. O Governo do Estado do ES implantou o custeio da APS nos municípios por meio de uma política estadual de cofinanciamento. Esta política esteve vinculada a metas estruturais e nos anos de 2013 e 2014 aportou recursos da ordem de R\$ 42 milhões/ano. O projeto foi interrompido pelo Estado na segunda metade de 2014 em função da crise econômica e da consequente restrição orçamentária.

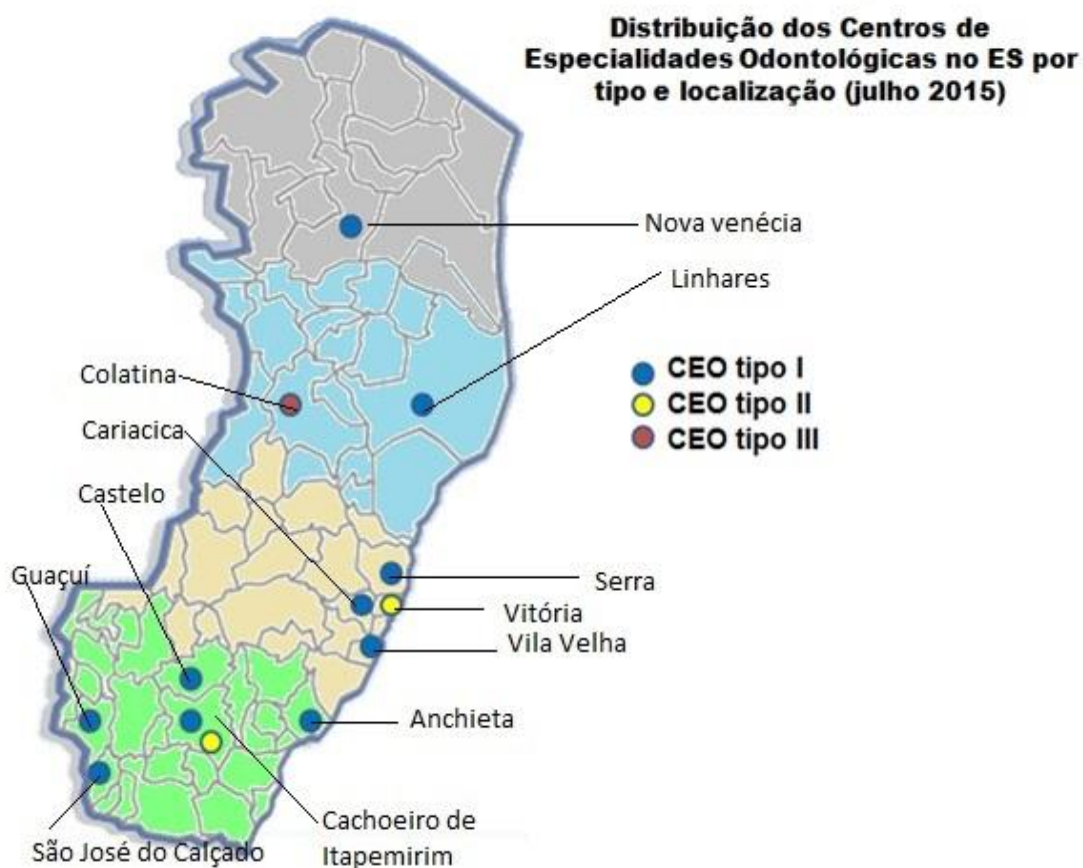
A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ocorre para aproximar os serviços de saúde bucal da população. Conforme dados do DAB/Julho 2015 o ES tinha 431 equipes de saúde bucal implantadas. Dentre as Regiões de Saúde apenas a Metropolitana registrou aumento da cobertura, sendo que na grande maioria dos municípios o decréscimo no número de horas ambulatoriais trabalhadas refletindo diretamente na cobertura constitui-se um problema.

As principais linhas da política nacional de saúde bucal são a reorganização da atenção básica em saúde bucal através da Estratégia Saúde da Família, a ampliação e qualificação da atenção especializada principalmente através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Através dos CEOs se dá a continuidade do cuidado em saúde bucal realizado na atenção básica. Eles atuam como referência para o próprio município ou região de saúde com a oferta dos seguintes serviços: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento à pessoa com deficiência.

Para uma atenção secundária mais resolutiva no ES, a ampliação do número de CEOs é uma prioridade. Atualmente, eles estão assim distribuídos: 01 na Região Norte localizado em Nova Venécia; 02 na Região Central em Linhares e Colatina; 04 na Região Metropolitana situados em Vitória, Serra, Vila Velha e Cariacica; 06 na Região Sul nos municípios de Anchieta, Cachoeiro do Itapemirim (02), São José do Calçado, Castelo e Guaçuí.

Figura: 15 Centro Especialidades Odontológicas.



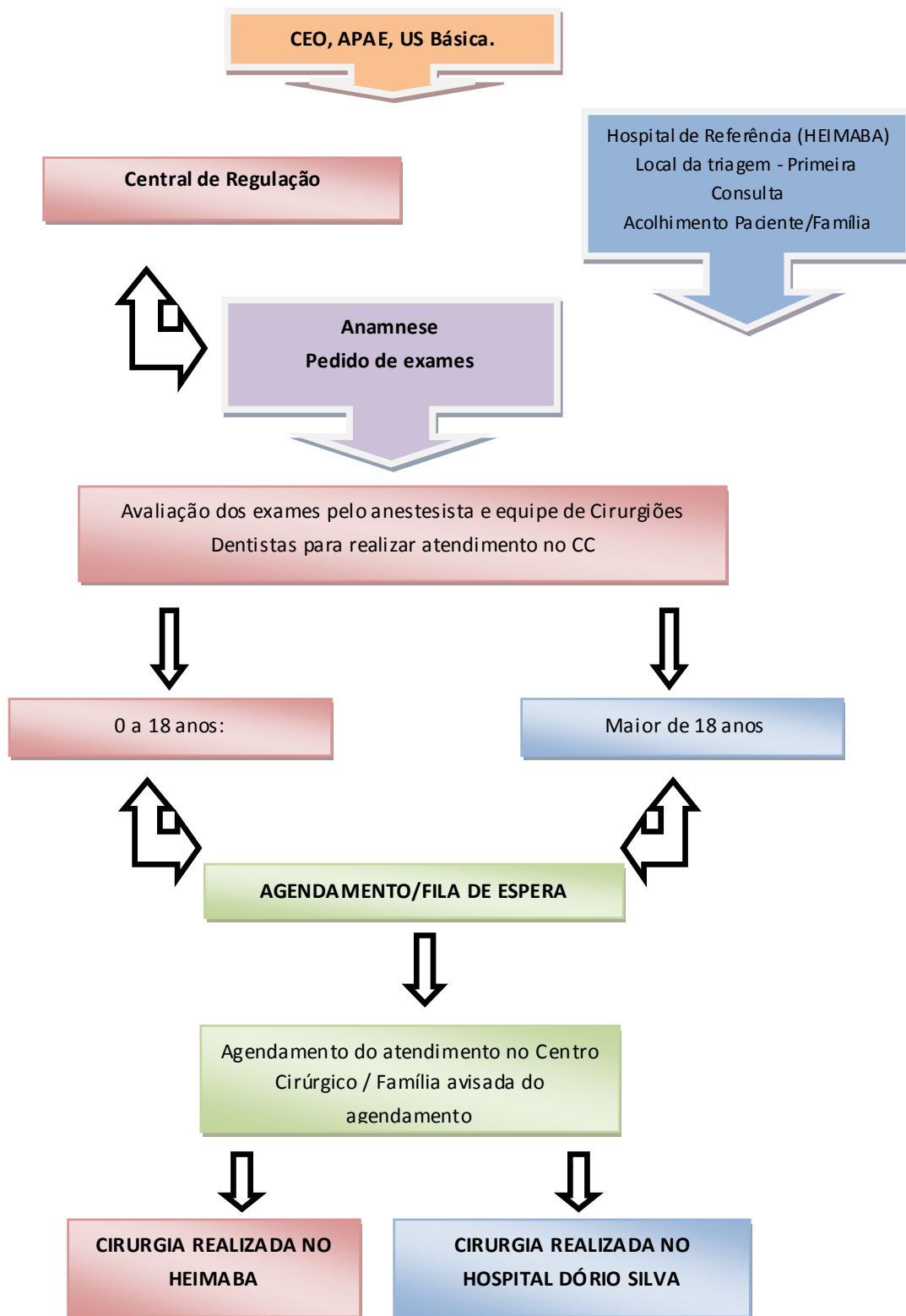
Fonte: Sesa/ GROSS

Ao lado do câncer de boca, a ausência de dentes é um dos mais graves problemas da saúde bucal no Brasil, entre adultos com idade de 30 a 44 anos esse índice é de 30%.

O Ministério da Saúde registra um total de cinco mil adolescentes desdentados sem prótese na boca e estima-se que oito milhões de pessoas precisem de próteses dentárias no país. Nesse sentido, justifica-se a necessidade dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e prótese coronária/intra-radiculares e fixas/adesivas. No Espírito Santo os CEOs ofertam o serviço de próteses totais e até 2015 estavam em funcionamento 18 laboratórios de prótese dentária nos municípios de Alegre, São Domingos do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Vitória, Iúna, São Gabriel da Palha, Guaçuí, Nova Venéncia, São José do Calçado, Santa Tereza, Castelo, Jerônimo Monteiro, Apiacá, Afonso Claudio e Águia Branca.

No âmbito das ações previstas no nível terciário está o atendimento de alta complexidade onde se destacam o atendimento cirúrgico hospitalar de pacientes com necessidades especiais (PNE), atendimento aos pacientes com fissuras labiais e palatinas, assim como cobertura de cirurgias orais de média e alta complexidade. O atendimento aos pacientes com necessidades especiais (PNE), sem comprometimento neurológico e motor severo, inicia-se pelo atendimento ambulatorial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e posterior encaminhamento para os CEOs. Pacientes com comprometimento neuro-motor severo, que inviabiliza o tratamento odontológico em ambulatório, são encaminhados para atendimento em âmbito hospitalar. Atualmente o estado conta com dois serviços de referência que fazem o atendimento hospitalar dos portadores de necessidades especiais (PNE), localizados na região metropolitana. Uma equipe atende no Hospital Dório Silva onde são atendidos os pacientes adultos e outra no HEIMABA, onde são atendidos os pacientes PNE com idade até os 18 anos. Ocorre também atendimento na Santa Casa sob regime de contratualização.

Fluxograma ideal para agendamento e atendimento cirúrgico de PNE:



A fissura lábio-palatal, também conhecida como lábio leporino, é o resultado de uma malformação dos lábios e do palato duro e mole, na fase de formação fetal, durante o período gestacional. No Brasil, estudos demonstraram que para cada 1.000 nascimentos, duas crianças apresentam fissura lábio-palatal, sendo a mortalidade no primeiro ano de vida em torno de 30%. Em função de sua complexidade, o tratamento tem caráter multidisciplinar e é feito por centros de referência através do Tratamento Fora de domicílio (TFD).

Há ainda as cirurgias de média e alta complexidade na especialidade bucomaxilofacial realizadas hospital contratualizado na Região Metropolitana, referência estadual. São realizadas cerca de 20 procedimentos cirúrgicos/mês, que contemplam cirurgias ortognáticas, cirurgias de anquilose da articulação temporomandibular, cirurgias relacionadas com trauma de face e cirurgias orais diversas. Este atendimento obedece ao seguinte fluxograma:



A atenção à saúde da criança pressupõe ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança, tendo como compromisso promover qualidade de vida para que a criança possa ter um crescimento e desenvolvimento saudável. Até o segundo ano de vida, as ações integram a Rede Materno Infantil e demais redes de atenção (Rede de Atenção Psicossocial, na Rede de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência Física, na Rede de Agravos não Transmissíveis e na Rede de Urgência e Emergência), como um dos temas transversais.

Apesar da cobertura de pré-natal da região estar abaixo do pactuado, os indicadores de nascimento (prematuridade e baixo peso ao nascer) não foram os piores indicadores do estado (Tabela 22).

Tabela 22: Indicadores do nascimento por região de saúde, ES, 2014.

Indicador	Norte	Central	Sul	Metropolitana	ES
Nº de nascidos vivos	6.046	8.835	9.204	32.420	56.505
% recém nascido com baixo peso	7,84	6,66	8,00	8,14	7,85
% prematuridade	9,58	8,36	11,21	9,59	9,66
% pré-natal com 7 ou mais consultas	65,61	72,82	60,20	66,99	66,65
% partos cesarianas	63,63	64,15	72,36	66,37	66,71
% mães adolescentes (<20 anos)	21,34	19,13	18,09	16,50	17,69

Fonte: SESA-ES/Tabnet, out/2015.

A Região Central apresenta o maior percentual de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal (acima da meta pactuada), o que pode refletir nos indicadores de prematuridade e baixo peso de nascimento, que nessa região são os melhores indicadores do estado.

Na atenção ao recém-nascido de risco, a Região de Norte de saúde preocupa pelo vazio assistencial (Tabela 23) e a grande distância entre os pontos de atenção. Outro problema existente é a carência de leitos pediátricos, com 21% de déficit de acordo com a necessidade de leitos, e 100% de déficit de leitos de UTI pediátrica. Há que se avaliar a qualidade dos serviços de atenção primária, os quais poderão impactar na redução da morte de crianças.

Tabela 23: Informações de estrutura e serviços de atenção à criança por região de saúde, ES, 2014.

Indicador	Norte	Central	Sul	Metropolitana	ES
Hospitais com unidade neonatal	0	1	2	7	10
Leitos de UTIN	0	20	19	87	126
Leitos de UCINCO	0	0	0	58	58
Leitos de UCINCA	0	0	0	3	3
Leitos UTI pediátrica	0	0	7	9	16
Hospitais oncologia pediátrica	0	0	0	1	1
Centros de referência em fibrose cística	0	0	0	1	1
Centros de referência em asma	0	0	0	2	2
Centros de referência em cardiopatia congênita	0	0	1	1	2
Hospitais que realizam Palivizumabe*	0	1	2	7	10

Fonte: UTI pediátrica – CNES junho/2015. Unidade neonatal – dados da visita técnica.

*Palivizumabe: pólo de aplicação ambulatorial – HEIMABA, HINSG, Hosp Jerônimo Monteiro.

A região norte só possui um ponto de atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido grave. Além disso, há déficit de número de leitos neonatais, principalmente nos leitos em unidades convencionais e canguru (Tabela 24).

Tabela 24: Necessidade de leitos, leitos existentes e diferença de leitos por região de saúde, ES, 2014.

Região de Saúde	Necessidade de leitos*			Leitos existentes			Déficit de Leitos		
	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca	UTIN	UCINco	UCINca
Metropolitana	65	65	32	78	69	17	13	4	-15
Norte	12	12	6	0	0	0	-12	-12	-6
Central	18	18	9	20	0	0	2	-18	-9
Sul	18	18	9	19	0	0	1	-18	-9
TOTAL	113	113	57	117	69	17	4	-44	-40

Fonte: CNES. Cálculo de acordo com a Portaria nº 930/2012.

Outro fato é que esse único ponto de atenção está sendo, temporariamente, referência para as gestantes de alto risco da região norte, aumentando ainda mais esse déficit no número de leitos neonatais. Há que se levar em conta que a distância entre os pontos de atenção e a qualidade do transporte do recém-nascido são fatores que poderão também impactar na mortalidade neonatal. Também há um déficit de 100% de leitos de UTI pediátrica e 34,3% de leitos pediátricos.

É a região de saúde - SUL com o segundo maior coeficiente de mortalidade neonatal precoce (Tabela 20). Sabe-se que essa mortalidade é influenciada pela cobertura e qualidade da assistência no pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Nota-se que essa região possui a pior cobertura de pré-natal do estado, o que pode estar ocasionando o aumento da mortalidade neonatal precoce.

Outro fato é que, apesar desta região possuir dois pontos de atenção ao recém-nascido de risco (Tabela 23), observa-se um déficit no número de leitos neonatais (convencional e canguru) (Tabela 24). Há um déficit de 30% de leitos de UTI pediátrica e de 28,6% de leitos pediátricos, o que pode estar refletindo nos indicadores de mortalidade na infância.

Essa região apresenta o segundo pior coeficiente de mortalidade infantil e pós-neonatal (Tabela 20). É a região com melhor indicador de mortalidade de 5 a 9 anos e a segunda com melhor indicador de mortalidade de 0 a 5 anos. Há que se pensar que os determinantes biológicos da mortalidade infantil são as condições externas seja elas socioeconômicas e ambientais (moradia, alimentação, saneamento, higiene e relações familiares), e a disponibilidade de serviços de saúde, além do atendimento na atenção básica qualificado.

A Região Metropolitana, em 2014, teve maior número absoluto de nascimentos e maior proporção de recém-nascido com baixo peso (Tabela 22).

Essa região - METROPOLITANA apresentou a segunda maior proporção de prematuridade e de parto cesariana (Tabela 22). Apesar de ser a região com a segunda maior cobertura de pré-natal, ela ainda se encontra abaixo do pactuado. A cesariana é um fator que pode estar influenciando no aumento da prematuridade e dos nascimentos de baixo peso. A baixa qualidade e a cobertura da assistência ao pré-natal são outros fatores que influenciam no aumento da prematuridade e do baixo peso ao nascer.

Em relação à mortalidade, a região - METROPOLITANA apresentou os menores indicadores de mortalidade infantil (neonatal e neonatal precoce). Isso pode ser reflexo do número adequado de leitos neonatais para o recém-nascido de alto risco, bem como a

proximidade entre os pontos de atenção e destes com os locais de moradia das gestantes e parturientes. Outro fato que pode estar impactando nessa mortalidade é a qualidade da assistência prestada ao binômio mãe-filho nas maternidades. Há um déficit de 65% de leitos de UTI pediátrica e 59% de leitos pediátricos, o que pode estar impactando nesses indicadores de mortalidade, além do atendimento na atenção básica qualificado.

Nota-se, também, que essa região foi a que teve maior investimento nas ações de aleitamento materno. Atualmente, dos 7 (sete) bancos de leite humano, 5 (cinco) estão localizados na região metropolitana, também os dois Hospitais Amigo da Criança e a maioria das salas de apoio à mulher trabalhadora que amamenta.

A Portaria GM/MS n.º 822/GM em 06 de junho de 2001, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Os Estados devem garantir a execução de todas as etapas do processo, devendo para tanto, utilizar a rede estadual de coleta organizada. Em outubro do mesmo ano, a Portaria SAS 436 habilitou o Espírito Santo e cadastrou a APAE Vitória como Serviço de Referência na Fase II do PNTN (Programa Nacional de Triagem Neonatal). Assim instituiu-se a realização de triagem neonatal para Fenilcetonúria, Hipotireoidismo congênito, Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, para detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados.

A Anemia Falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no Brasil, de elevada morbimortalidade, principalmente nos primeiros anos de vida, requerendo identificação e tratamento precoces em centros especializados, atendimento ambulatorial e de urgência e emergência. No ES existem 947 pessoas portadores de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias cadastradas no HEMOES.

O Programa Estadual de Triagem Neonatal (PETN) cobre atualmente 100% dos municípios com 416 postos de coleta e atinge uma cobertura de 92% dos recém nascidos, realizando em média 4500 exames/mês. A incidência da doença Falciforme no ES é em torno de 1 caso para cada 1750 nascimentos.

Os casos de doença falciforme estão assim distribuídos no estado: Região Metropolitana com 62,21% dos casos de doença falciforme. Em seguida temos a Região Central com 16,61%, a Norte com 14,53% e a Sul com 6,99%. A cobertura da Triagem Neonatal no ES é de 92% (Região Norte 88,5%; Região Central 88,7%; Região Sul 90,1%; Região Metropolitana 86,3%).

A adequação da rede para atender as demandas dos portadores de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias significa um grande avanço nas ações de saúde, pois proporciona atenção integral aos portadores desta patologia e fornecem dados para traçar o perfil epidemiológico completo da doença. As referências para tratamento da doença falciforme são o HUCAM e o HINSG que também recebe os recém nascidos com diagnóstico de Anemia Falciforme e Fibrose Cística.

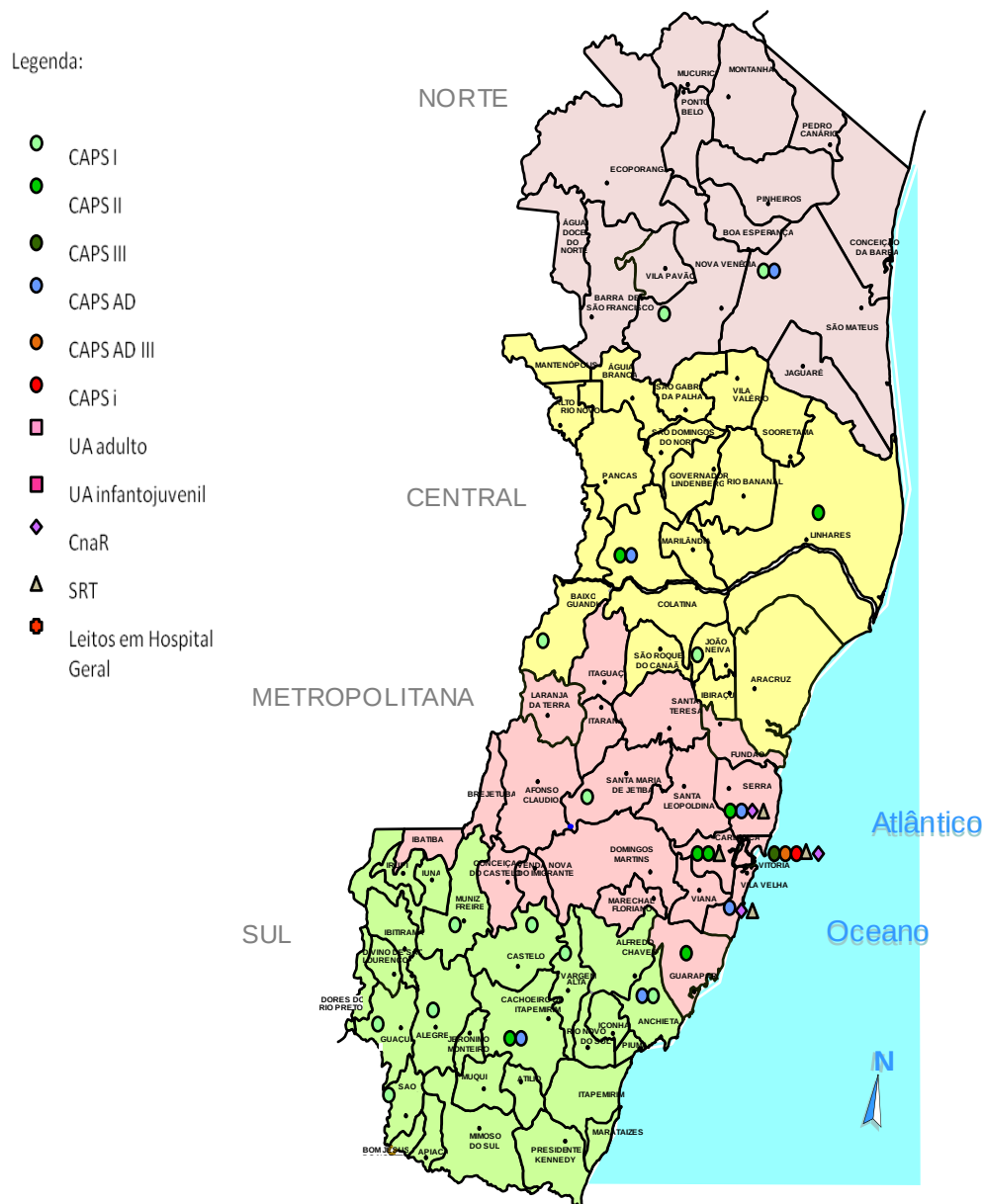
Relativo aos transtornos mentais os estudos apontam que são comuns, afetando entre 20 e 25% de todas as pessoas em dado momento de sua vida. Afetam todos os países e sociedades, bem como indivíduos de todas as idades, provocam impacto econômico direto e indireto nas sociedades, incluindo o custo dos serviços; além de imprimir impacto negativo sobre a qualidade da vida dos indivíduos e famílias. Estimativas do relatório “Saúde mental: nova concepção, nova esperança (OMS, 2001) apontaram que na primeira década desse século, transtornos mentais e neurológicos seriam responsáveis por 12% do total de anos de vida perdidos em virtude de todas as doenças e lesões (ajustados por incapacitação - AVAI). Projeta-se que, até 2020, a carga dessas doenças terá crescido para 15%.

A rede de Saúde Mental é constituída por vários dispositivos definidos de acordo com critérios populacionais e epidemiológicos. Instituída por meio da Portaria nº 3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prevê uma rede integrada de serviços de todos os níveis de complexidade, atuando de forma a garantir atenção integral para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O Plano de Ação da RAPS do Espírito Santo foi aprovado na Portaria nº 223, de 25 de março de 2014. O objetivo é que todos os municípios contem com ações de atenção psicossocial em seu território, ainda que na Atenção Básica, além de serviços de maior complexidade, que poderão ser regionalizados.

Figura 16: Distribuição dos serviços da RAPS no Espírito Santo, 2015.

Municípios do Espírito Santo – 2015

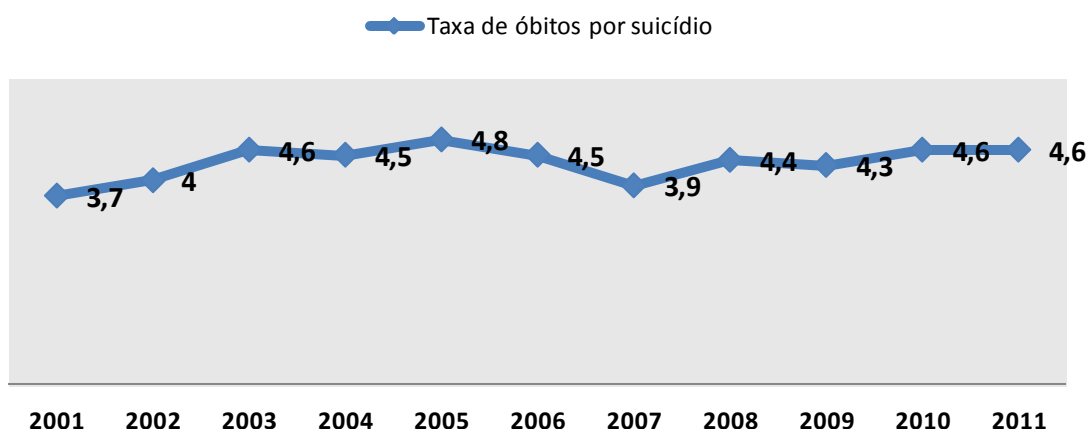


Fonte: Sesa/ GROSS

Aqueles municípios que não possuem parâmetros populacionais para a implantação de CAPS e/ou outros serviços especializados deverão contar com, no mínimo, uma Equipe de Referência em Saúde Mental (ERSM). As ERSM desenvolvem ações de matriciamento da Atenção Primária à Saúde, bem como atendimentos específicos e iniciativas de processos de educação permanente.

Poucos são os dados epidemiológicos sobre a prevalência de transtornos mentais no Espírito Santo, e mesmo no Brasil. Quanto às taxas de mortalidade por suicídio, observa-se que o Espírito Santo apresentou pouca variação no período de 2001-2011 (Gráfico 44). A faixa etária que apresenta as maiores taxas concentra-se entre 50 e 59 anos.

Gráfico 43: Taxa de óbitos por suicídio por Ano, Espírito Santo 2001 – 2011



Fonte: MS/ SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Embora os transtornos mentais assumam valores baixos de mortalidade, possuem um grande peso de incapacidade de duração longa, estando entre as principais causas de afastamento do trabalho e afetando as condições globais de saúde. De acordo com dados do DATASUS, o número de internações por Transtornos Mentais e do Comportamento vem decrescendo lentamente no estado, como se pode aferir da Tabela 25 , a seguir:

**Tabela 25: Internações por transtornos mentais e comportamentais (CID 10: V)
segundo Região de Saúde. ES, 2008-2014.**

Região de Saúde (CIR)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Norte	287	269	177	168	172	139	120	1.332
Central	533	522	377	459	444	350	347	3.032
Metropolitana	1.707	1.375	1.223	1.123	955	803	1.326	7.389
Sul	1.994	1.663	1.731	1.690	1.495	1.474	1.330	11.377
Total	4.521	3.829	3.508	3.440	3.066	2.766	3.123	23.130

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

Pode-se perceber que a maior parte das internações se concentra na Região Sul, seguida da Região Metropolitana. Entre as possíveis explicações para esse cenário, temos o fato de serem as regiões mais populosas e abrigarem os únicos hospitais psiquiátricos do estado, o que reforça a cultura hospitalocêntrica dessas regiões. Esses dados, no entanto, não exibem a totalidade das demandas de saúde mental, já que não estão inseridas situações de transtornos mentais que não geraram internações em hospitais psiquiátricos do SUS e conveniados.

Tabela 26: Internações por ano de atendimento segundo CID-10 2008/2014

Morbidade CID-10 / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	1.652	1.263	1.194	1.080	1.005	947	1.033	8.174
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	879	722	827	816	810	573	540	5.167
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	841	672	750	905	689	460	430	4.747
Transtornos de humor (afetivos)	471	459	400	430	451	444	395	3.050
Outros transtornos mentais e comportamentais	470	444	196	185	172	217	559	2.243
Demência	164	223	119	4	13	12	8	543
Transtornos neuróticos e relacionados ao stress, somatoformes	21	30	18	15	21	100	103	308
Retardo mental	23	16	4	5	5	13	55	121
Total	4.521	3.829	3.508	3.440	3.066	2.766	3.123	24.253

Fonte: MS/SIH-SUS

Alguns aspectos chamam atenção na Tabela 26, principalmente nos anos mais recentes e apontam a necessidade de observação e investigações mais cuidadosas: Observa-se que as internações por Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes veio apresentando queda gradual desde 2008, mas apresentou inesperado aumento de 2013 para 2014. Abaixo será possível verificar que esse aumento se deu devido ao número de internações na Região Central e Metropolitana.

Se somadas às internações por Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e as internações por Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas, veremos que as internações por uso de álcool e drogas consistem na principal causa de internação em saúde mental no Espírito Santo (exceto em 2014), o que sugere forte tendência a se recorrer a esse recurso como tratamento a

essa morbidade em detrimento de outras alternativas terapêuticas. As internações por Outros transtornos mentais e comportamentais também vinham apresentando queda até 2012, aumentando em mais de 100% de 2013 para 2014.

Internações em hospitais psiquiátricos por Demência apresentaram forte queda a partir de 2010, o que pode indicar um tratamento mais adequado a essa condição. Observou-se brusco aumento das internações por Transtornos neuróticos e relacionados ao stress, passando de 21 internações em 2012 para 100 internações em 2013, mantendo-se em 103 em 2014.

Preocupa o aumento de internações por Retardo mental, observado a partir de 2012 (mais expressivo na Região Metropolitana).

Tabela 27: Internações por ano de atendimento segundo Lista de Morbidades CID-10 - Região Norte

Morbidade CID-10 / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	87	87	70	62	68	55	40	469
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	67	51	42	44	27	17	11	259
Outros transtornos mentais e comportamentais	90	75	7	5	4	14	40	235
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	21	33	32	30	47	31	14	208
Transtornos de humor (afetivos)	19	18	25	27	25	12	11	137
Transtornos neuróticos e relacionados ao stress, somatoformes	-	-	-	-	1	9	3	13
Demência	3	5	1	-	-	-	-	9
Retardo mental	-	-	-	-	-	1	1	2
Total	287	269	177	168	172	139	120	1.332

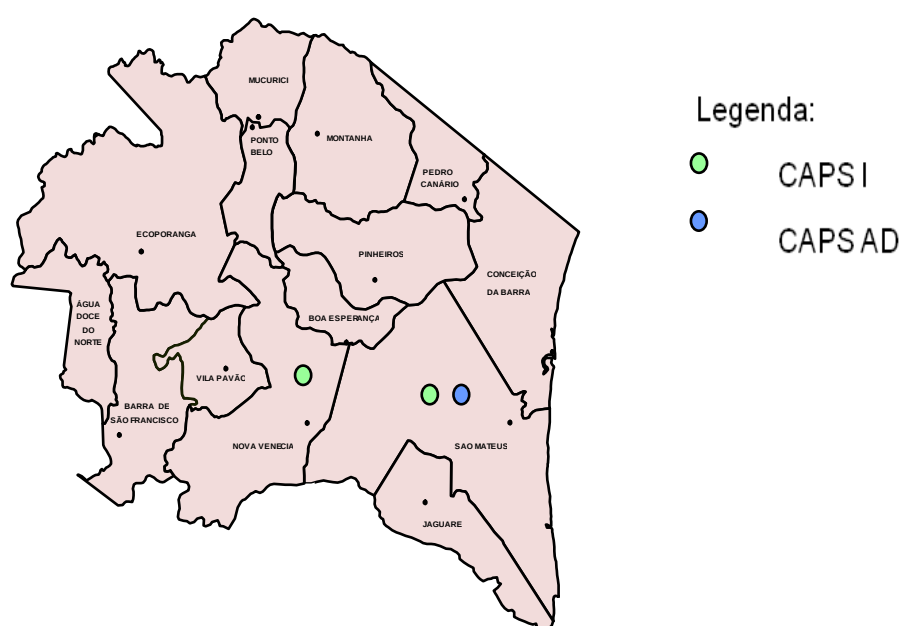
Fonte: MS/ Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

Na Região Norte o número de internações por Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes continuou em declínio de 2013 para 2014. Também se observa significativo

aumento nas internações por Outros transtornos mentais e comportamentais de 2013 para 2014.

A partir de 2012 começam a ser registradas internações por Transtornos neuróticos e relacionados ao stress, apontando a necessidade de acompanhar esses registros.

Figura 17: Serviços da RAPS – Região Norte



Fonte: Sesa/ GROSS

Tabela 28: Internações por ano de atendimento segundo Lista de Morbidades CID-10 - Região Central

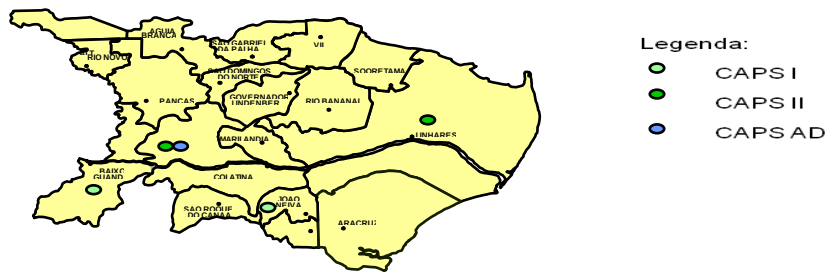
Morbidade CID-10 / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	128	119	124	123	123	111	135	863
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	140	109	115	165	133	67	47	776
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	72	55	70	104	97	77	69	544
Outros transtornos mentais e comportamentais	163	197	25	33	37	25	53	533
Transtornos de humor (afetivos)	26	26	38	32	44	48	30	244
Transtornos neuróticos e relacionados ao stress, somatoformes	-	2	1	-	8	14	11	36
Demência	3	12	3	-	1	6	1	26
Retardo mental	1	2	1	2	1	2	1	10
Total	533	522	377	459	444	350	347	3.032

Fonte: MS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

Observa-se aumento de 21,62% nas internações por Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes de 2013 para 2014. Aspecto positivo observado no declínio das internações por Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas a partir de 2012.

Importante queda nas internações por Outros transtornos mentais e comportamentais de 2009 para 2010, com retomada de crescimento em 2013, consoante com a tendência estadual.

Figura 18: Serviços da RAPS – Região Central



Fonte: Sesa/ GROSS

Tabela 29: Internações por ano de atendimento segundo Lista de Morbidades CID-10 - Região Metropolitana

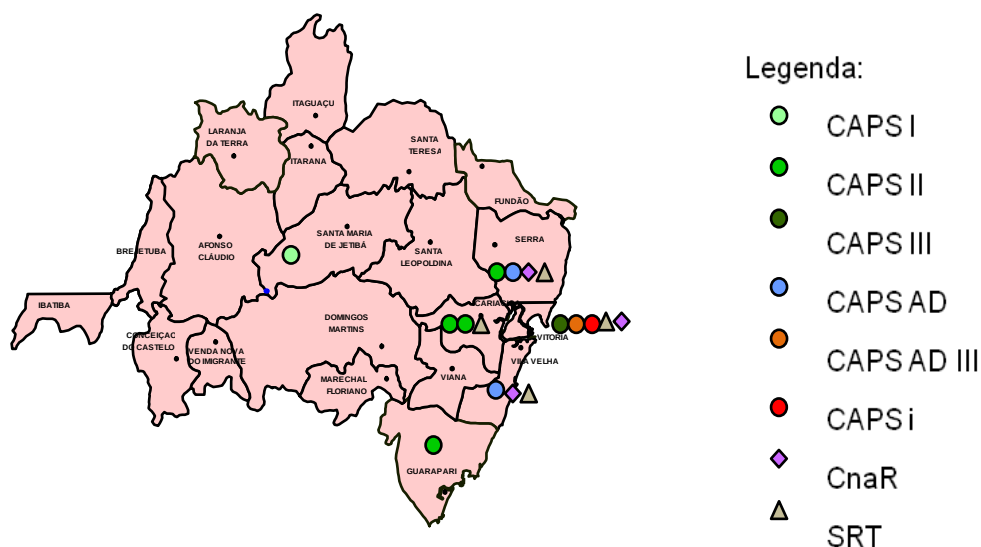
Morbidade CID-10 / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	618	439	403	351	348	311	476	2.946
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	370	314	316	354	217	100	111	1.782
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	278	191	226	212	186	100	111	1.304
Transtornos de humor (afetivos)	198	177	126	160	154	121	131	1.067
Outros transtornos mentais e comportamentais	77	42	37	38	41	99	373	707
Demência	148	198	112	2	5	6	4	475
Transtornos neuróticos e relacionados ao stress, somatoformes	5	6	2	5	1	60	80	159
Retardo mental	13	8	1	1	3	6	40	72
Total	1.707	1.375	1.223	1.123	955	803	1.326	8.512

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

O número de internações por Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes em 2014 corresponde a 153% a mais do que o valor registrado em 2013. Isso mostra que essa Região é a principal responsável pelo aumento desses casos no estado.

A Região Metropolitana apresentou grande aumento no número de internações de 2013 para 2014 (que até então apresentava tendência decrescente), em quase todas as categorias apresentadas. Considerando também o grande número de internações por determinação judicial, uma das hipóteses levantadas para explicar esse aumento é o maior acesso às instâncias jurídicas existente na Região Metropolitana, especialmente na Grande Vitória. De qualquer forma, resta claro que essa tendência deve ser acompanhada e investigada.

Figura 19 : Serviços da RAPS – Região Metropolitana



Fonte: Sesa/ GROSS

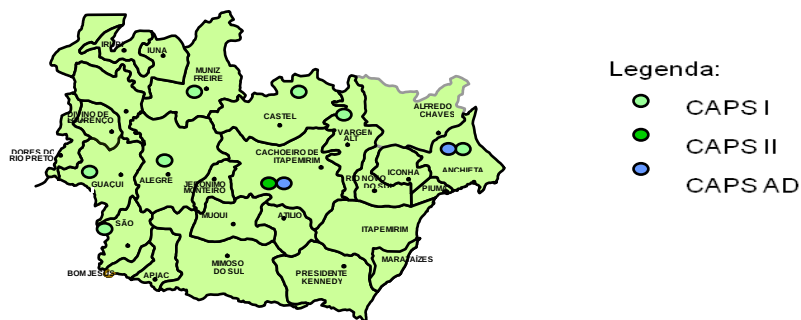
Tabela 30: Internações por ano de atendimento segundo Lista de Morbidades CID-10 - Região Sul

Morbidade CID-10 / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	819	618	597	544	466	470	382	3.896
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	508	443	499	470	380	365	346	3.011
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	294	198	277	342	312	276	261	1.960
Transtornos de humor (afetivos)	228	238	211	211	228	263	223	1.602
Outros transtornos mentais e comportamentais	140	130	127	109	90	79	93	768
Transtornos neuróticos e relacionados ao stress, somatoformes	16	22	15	10	11	17	9	100
Retardo mental	9	6	2	2	1	4	13	37
Demência	10	8	3	2	7	-	3	33
Total	1.994	1.663	1.731	1.690	1.495	1.474	1.330	11.377

Fonte: MS/SIH-SUS

A Região Sul, apesar de apresentar alto índice de internação psiquiátrica no SUS, mostra tendência de declínio nesses números, inclusive de 2013 para 2014, alto número de internações motivadas por Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool na Região.

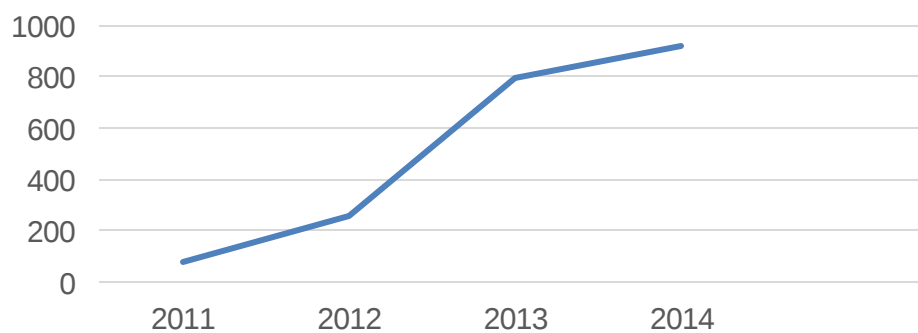
Figura 20: Serviços da RAPS – Região Sul



Fonte: Sesa/ GROSS

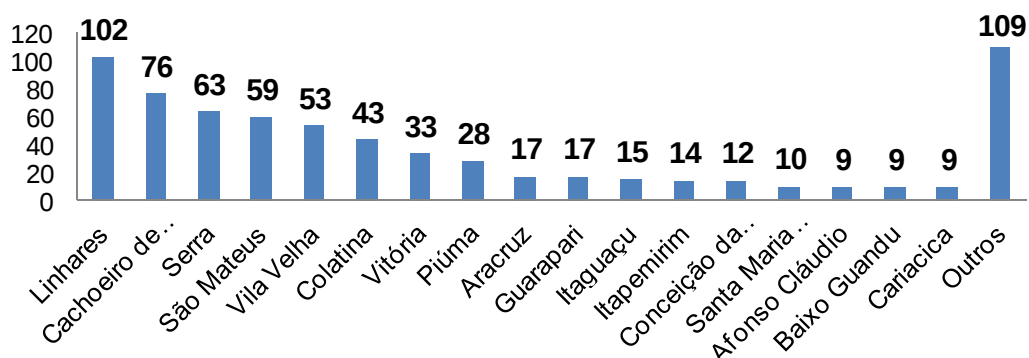
Importante desafio para a área de saúde mental do Espírito Santo é o crescente volume de internações compulsórias, como pode ser constatado na Tabela abaixo.

Gráfico 44 : internações transtornos mentais e comportamentais incluídos os decorrentes do uso, abuso de SPASInternações compulsórias em saúde mental. ES, 2011-2014



Fonte: SESA/ RAPS

Gráfico 45: Internações compulsórias em saúde mental por município. ES 2014



Fonte: MS/ RAPS

É importante refletir que a medida de internação compulsória carece de eficácia comprovada, principalmente para casos de dependência química. A OMS considera que o tratamento de dependência de drogas, como qualquer procedimento médico, não deve ser forçado, embora admita em sua publicação, *Principles of Drug Dependence Treatment* (2008), que “em situações de crise de alto risco para a pessoa ou outros, o tratamento compulsório deve ser determinado sob condições específicas”. Estudos demonstram que 98% das pessoas internadas contra a sua vontade, voltam ao uso e, conseqüentemente, são reinternados.

A Atenção integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade foi criado pela Portaria Interministerial nº 1777/2003. O estado do ES fez adesão ao programa em 2005, com a construção do Plano Operativo Estadual. O plano, que recebeu qualificação pelo Ministério da Saúde em 2008, prevê maior garantia de acesso a esta população, com a criação de equipes de saúde específicas para os estabelecimentos prisionais,

A população carcerária brasileira tem um crescimento de 7% ao ano segundo relatório do INFOPEN (Sistema Integrado de Informações Penitenciárias) divulgado pelo ministério de justiça no dia 23 de junho de 2015. De acordo com os dados da Diretoria de Inspeção e Controle das Unidades Prisionais - DICUP, em 31/12/2014 no final do ano de 2014 o Sistema Penitenciário capixaba custodiava 16.541 pessoas privadas de liberdade. Em um levantamento realizado no dia 07 de julho de 2015 constatou-se que a população prisional estava em 17.817 custodiados. Essa população está distribuída em 35 estabelecimentos penais, conforme o regime de cumprimento de pena, gênero e localização geográfica. Assim, na Região Norte (São Mateus e Barra do São Francisco)

temos uma população carcerária masculina de 1.218 e feminina 82; Região Central (Colatina, São Domingos do Norte, Linhares e Aracruz) a população carcerária masculina é de 3.183 e feminina 272; Região Metropolitana (Viana - Complexo Penitenciário de Viana, Cariacica – HCTP, Vila Velha - Complexo do Xuri, Guarapari e Serra) população carcerária masculina de 10.804 e Feminina 516; Região Sul (Marataízes e Cachoeiro de Itapemirim), população carcerária masculina 1462 e feminina 191 detentos.

Levantamento realizado no Sistema Penitenciário destacou que a população predominante é jovem de 20 a 35 anos, a maioria pertence à classe social baixa, com ensino fundamental incompleto e com mais de um filho. Em relação às causas da detenção observou-se que 80% estão relacionadas ao tráfico de drogas seguido de latrocínio.

As internações hospitalares com maior incidência estão relacionadas às urgências como: colecistite/colelitíase, nefrolitíase e traumas. As crianças são acometidas por infecções de vias aéreas superiores e sífilis congênita. Dentre os agravos de saúde tiveram destaques: furunculose, tuberculose, vaginose, epigastria, distúrbios psiquiátricos (insônia, ansiedade e depressão) e grande maioria com dependência química anterior ao cárcere, gestantes admitidas apresentando sífilis, odontalgia (principalmente em usuários de crack e as que vivenciavam situações de rua) e 20% com hipertensão arterial.

Nas ações de vigilância em saúde observou-se maior adesão dos gestores municipais. As equipes de saúde do sistema prisional seguem fluxo de notificação de doenças compulsórias bem como incluem sua população nos programas municipais de saúde (tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, hepatites e imunização).

No período de 2008 a 2011, foram construídos novos presídios, a planta física contemplou ambulatório para atendimento básico de saúde, o que facilitou a criação de novas equipes de saúde, conforme preconizava a Portaria Interministerial nº 1777/2003. Em 2011 as equipes de saúde de atenção básica foram ampliadas de 08 para 26 equipes. Quanto ao acesso a consultas e exames ambulatoriais de média e alta complexidade, a partir de 2010, por meio da Superintendência Regional de Saúde Metropolitana, estabeleceu-se fluxo de agendamento direto ao sistema de regulação estadual, ficando estas marcações sob gestão da SEJUS.

A Portaria Nº 1082, de 23 de maio redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em conflito com a lei em regime de Internação e internação provisória (PNASARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado e estabelece novos fluxos para a adesão e operacionalização

e da atenção integral de saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidade de internação provisória e de semi liberdade.

O Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo (IASSES), vinculado à Secretaria de Estado da Justiça, é atendida por equipes de saúde, exames de laboratório de análises clínicas para as unidades do IASSES da Região Metropolitana, e participa do fluxo de acesso ao agendamento de consultas e exames de média e alta complexidade na Superintendência Regional de Saúde (SRS) Metropolitana além das ações de vigilância epidemiológica municipais.

No estado conta com 15 Unidades de internação socioeducativa e semiliberdade totalizando 776 vagas. Com uma população de aproximadamente 1000 adolescentes, distribuídas em Cariacica: UNIS, UNIP I, UNIP II, CSE (Unidades Masculinas) e UFI (Unidade Feminina), Vila Velha: UNIMETRO (Unidade Masculina) e Casa Marista (Unidade Feminina); Serra: Casa Montebelo (Unidade Feminina); Vitória: UNAI (Unidade Feminina); Linhares: UNIS e UNIP Norte (Unidades Masculinas); Cachoeiro de Itapemirim: UNIS e UNIP Sul (Unidades Masculinas);

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi criada pela Portaria GM/MS 793 de 24 de Abril de 2012, e define as diretrizes e objetivos, como a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, com oferta de cuidados integrais e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, promoção de estratégias e mecanismo de educação permanente, bem como ampliação de oferta de órteses, próteses e meios auxiliares. O Estado do Espírito Santo aderiu a rede instituiu o Grupo Condutor Estadual em 2012 (Resolução CIB Nº268/2012)-

O estado do Espírito Santo possui 01 (um) Centro Especializado em Reabilitação (CER), tipo II. O Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo foi criado em 1979, pelo Decreto nº 1.797, de 22-02-1979, instituído junto à Secretaria de Estado da Cultura e do Bem Estar Social, com o título de Unidade de Reabilitação Física Motora (URFM) com o objetivo de reabilitar pessoas com deficiência física e/ou mental e/ou sensorial, prevenir doenças que levam a deficiência e agravos, proporcionar a integração social à sua clientela, promover pesquisas científicas e aperfeiçoamento na área de reabilitação. É referência Estadual na prestação de serviços de alta complexidade de reabilitação Física, referência estadual Auditiva, na concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e mamárias, na realização de Exame de Eletroencefalografia, em Distonias e Espasticidades (Toxina Botulínica).

De acordo com o Relatório Mundial (OMS, 2011), a maior parte da população terá alguma deficiência temporária ou permanente em algum momento da vida, além das dificuldades funcionais sentidas pelo envelhecimento. O aumento dos casos de diabetes, doenças cardiovasculares (doença cardíaca e AVC), complicações mentais, câncer, e doenças respiratórias, observado em todas as partes do mundo, terá um efeito profundo sobre as deficiências. Estima-se que elas representem 66,5% de todos os anos vividos com deficiência em países de média e baixa renda (OMS, 2011).

As deficiências podem ser congênitas ou adquiridas. De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p.11), os principais causadores de deficiência são: fatores hereditários, genéticos; assistência inadequada às gestantes, ao parto e às crianças recém-nascidas; doenças transmissíveis como a rubéola, toxoplasmose, meningite, doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, AIDS), sarampo; doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, infarto, acidentes vasculares, Alzheimer, Parkinson, câncer, osteoporose; perturbações psiquiátricas; desnutrição na infância – carências de vitaminas/ferro; violência na família, na comunidade e no trânsito associada ao abuso de álcool e de drogas; doenças que atingem os idosos mais frágeis, ou o agravamento de condições físicas impostas pelo envelhecimento em si; más condições de vida na periferia das cidades e áreas rurais – falta de escolas, habitação, água tratada, alimentação adequada, esgoto sanitário e coleta de lixo; inundações, desmoronamentos e poluição dos rios.

A deficiência visual, não necessariamente cegueira total - é a mais presente nos brasileiros, representando quase a metade (48,1%) da população com deficiência. Logo em seguida aparecem as deficiências motoras e físicas que, em conjunto, somam 27,1%. A terceira maior incidência cabe à deficiência auditiva (16,6%) – considerados os diferentes graus de perda auditiva, desde a surdez leve até anacusia – e por último, a deficiência mental, que atinge 8,2% do total de indivíduos com deficiência (FEBRABAN, 2006).

No Espírito Santo, considerando o Censo IBGE 2010, a população com deficiência também segue a mesma tendência: 18,03% da população geral do estado é deficiente visual, em seguida, 7,13% é deficiente físico, 4,81% é deficiente auditivo e, por fim, 1,34% é deficiente mental/intelectual.

Tabela 31: Pessoas com deficiências por Regiões de Saúde – censo 2010.

Deficiências	Metropolitana	Norte	Sul	Centra l	Total	%
Deficiência visual	341.038	71.471	114.110	107.403	634.022	18,03%
Deficiência auditiva	89.189	20.199	30.264	29.424	169.076	4,81%
Deficiência motora	127.994	28.070	50.613	44.228	250.905	7,13%
Deficiência Mental/intelectual	25.580	5.186	9.092	7.456	47.314	1,34%

Fonte: Censo 2010 – IBGE Obs. Porcentagem calculada com base na população total do ES - IBGE 2010: 3.514.952

A Atenção à Pessoa Ostomizada se dá por meio de serviços instituídos nas quatro Regionais de Saúde, funcionando dentro da estrutura dos Centros Regionais de Especialidades. Prestam assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para a vida autônoma e o autocuidado, na orientação ao cuidador e/ou familiar, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

O Centro Regional de Especialidade (CRE Metropolitano) – Região Metropolitana, que já cadastrou 4.472 (quatro mil, quatrocentos e setenta e dois) ostomizados, possui, em seu cadastro ativo do ano de 2015, 671 pessoas. Na Região Central, possui 158 usuários ativos no Programa de Ostomizados. A Região Sul tem 158 usuários cadastrados e Região Norte, 94 usuários cadastrados no ano de 2015.

Os agravos à saúde ocular causam diferentes repercussões na vida do sujeito e na sociedade. A perda da capacidade visual acarreta consequências adversas, em nível individual e coletivo, levando a problemas sociais, econômicos e de qualidade de vida. Para a sociedade, representa encargo oneroso e perda de força de trabalho.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1987, apontavam a existência de 41 a 52 milhões de pessoas cegas no mundo, indicando a taxa de prevalência mundial de cegueira de aproximadamente 1%. A catarata é considerada a principal causa de cegueira, sendo responsável por, no mínimo, 50% destes casos.

A Oftalmologia, enquanto especialidade tem o desafio atual de atuar na prevenção e tratamento das causas de cegueira mais prevalentes em nosso meio. Dentre as causas

prevalentes de cegueira, além da catarata, foram definidas como prioritárias: a retinopatia diabética; o glaucoma; e a degeneração macular relacionada à idade (DMRI).

No Estado do Espírito Santo a rede em oftalmologia ainda é incipiente. Os principais serviços de média e alta complexidade estão localizados na Região Metropolitana: o Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV), que atua principalmente nas áreas de catarata, glaucoma, retina e córnea; HUCAM/UFES nas áreas de catarata, glaucoma, retina (incluindo aplicação intra-vítrea de anti-angiogênicos nas retinopatias), córnea, plástica ocular, atendimento ao portador de baixa visão, uveítes e estrabismo; o Hospital São Lucas e HUCAM que atendem às urgências e emergências em oftalmologia e o CRE Metropolitano, que atua na prescrição e dispensa de próteses oculares. Nas demais Regiões de Saúde, há serviços dispersos de forma concentrada nos municípios de maior volume populacional. Assim, na região Sul existe o Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) em Cachoeiro de Itapemirim e na Região Central por meio dos hospitais São José e Santa Casa de Misericórdia de Colatina ambos no município de Colatina.

Ao analisar a quantidade de estabelecimentos dispersos no estado e distribuídos nas Regiões de Saúde (Quadro VIII), observa-se uma concentração na metropolitana (39%), em relação às demais Regiões de Saúde do Espírito Santo.

Quadro 4: Estabelecimentos de Saúde e número de consultas em atenção especializada realizada por oftalmologista no Espírito Santo – 2015, por região de saúde

Região de Saúde	Estabelecimentos	%	Consultas realizadas	%
Metropolitana	21	39%	112.356	79%
Norte	10	19%	3.679	3%
Central	12	22%	8.258	6%
Sul	11	20%	18.814	13%
Total	54	100%	143.107	100%

Fonte: MS/SIA – agosto/2015

Na produção de consultas médicas em oftalmologia observa-se que 79% do total das consultas são realizadas também na Região Metropolitana.

As Regiões de Saúde Norte e Central apresentam o menor percentual de consultas realizadas. A região sul possui uma produção um pouco mais significativa, tendo em vista

que no município de Cachoeiro de Itapemirim existe uma unidade de alta complexidade em oftalmologia, que por sua configuração de atendimentos cirúrgicos precisa realizar maior volume de consultas.

No tocante aos estabelecimentos de saúde habilitados em alta complexidade oftalmologia o Espírito Santo possui até 2015, conforme informação do CNES os seguintes serviços habilitados: Habilitação em Tratamento do Glaucoma com medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica: Hospital das Clínicas e Hospital Evangélico de Vila Velha. O Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) por realizar cirurgias de catarata possui uma boa estrutura de ambulatório em oftalmologia com boa parte dos exames diagnósticos.

Dentre os diversos hospitais Estaduais há três deles cujos procedimentos oftalmológicos são contratualizados pela SESA, a saber: Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV), Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV), Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM – Hospital das Clínicas – não recebe complementação estadual) e Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI).

No Espírito Santo os hospitais que realizam cirurgias do aparelho da visão são: em Vitória - Hospital Santa Rita de Cássia, Hospital Santa Casa de Vitória, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Hospital São Lucas, Hospital das Clínicas – HUCAM; em Colatina - Santa Casa de Misericórdia de Colatina e Hospital e Maternidade São José; em Cachoeiro de Itapemirim - Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim e Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim ; em Serra - Hospital Dório Silva e Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves; em Vila Velha - Hospital Evangélico de Vila Velha; em Nova Venécia – Hospital São Marcos ; em Baixo Guandu – Hospital Doutor João dos Santos Neves; em Venda Nova do Imigrante - Hospital Padre Máximo Venda Nova do Imigrante e em Aracruz - Fundação Hospital Maternidade São Camilo .

No ES, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências⁹ está em implantação desde 2012, inicialmente na Região Metropolitana, com aprovação da Portaria nº 3.162, de 28 de dezembro de 2012. E em 28 de agosto de 2014, a RUE foi aprovada nas demais Regiões de Saúde, por meio da Portaria MS nº 1.806.

⁹ A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) prioriza 3 linhas de cuidado, sendo: Cardiovascular, Cerebrovascular e Traumatológica e é constituída por componentes que perpassam os diferentes pontos e serviços de atenção à saúde, sendo eles: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar.

As portas de entrada prioritárias conforme a Portaria nº 2.395 /2011, devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a RUE e se enquadrarem nos requisitos estabelecidos pela Portaria nº 2.395/2011. Para o Espírito Santo, foram aprovadas 17 portas prioritárias de entrada, sendo:

Região Metropolitana: Hospital Maternidade Dr Arthur Gerhardt, Hospital Dr Jayme Santos Neves, Hospital Antônio Bezerra de Faria, Hospital Evangélico de Vila Velha, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Hospital São Lucas, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, **Região Norte:** Hospital Dra Rita de Cássia e Hospital Dr Roberto Arnizaut Silveiras, **Região Central:** Hospital Fundação Hospitalar Maternidade São Camilo, Hospital Maternidade Sílvia Avidos, Hospital Geral de Linhares e Hospital Dr Fernando Serra, **Região Sul:** Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim; Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim; Hospital Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí e Hospital Evangélico de Itapemirim.

O Componente Hospitalar visa garantir e organizar a retaguarda de leitos por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda enfermária de retaguarda de longa permanência e leitos de terapia intensiva, conforme Portaria nº 2.395/2011. No que se refere a leitos clínicos de retaguarda, para a Região Metropolitana foram cadastrados 301 leitos novos e 141 leitos foram qualificados, os quais estão em funcionamento e recebem recursos federais para custeio.

Para o desenho dos leitos de UTI, na Região Metropolitana, foram qualificados 86 leitos e abertos 40 novos leitos, os quais estão em funcionamento e recebem recursos federais referentes aos custeios. Para as Regiões Norte, Central e Sul todos os 76 leitos qualificados pactuados estão funcionando e recebendo os recursos federais de custeio.

No que se refere aos Leitos de AVC, na Região Metropolitana atualmente há 21 leitos que estão abertos/funcionantes.

A Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) é uma unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda, Para a Região Metropolitana foram pactuados 10 leitos, os quais estão abertos/funcionantes.

COMPONENTE HOSPITALAR RUE - REGIÃO METROPOLITANA								
Municípios	Hospitais	Porta Prioritária	Leitos Clínicos De Retaguarda		Leitos De Uti		Leitos De Uco	Leitos De Avc
		Funcionantes	Funcionantes		Funcionantes		Funcionantes	Funcionantes
			Novos	Qualificados	Novos	Qualificados		
AFONSO CLÁUDIO	São Vicente de Paula	-	10	10	-	-	-	-
DOMINGOS MARTINS	Maternidade Dr. Arthur Gerhardt	SIM	30	30	-	-	-	-
SANTA MARIA DE JETIBÁ	Concórdia	-	5	5	-	-	-	-
SANTA TERESA	Madre Regina Protmann	-	10	10	-	5	-	-
SERRA	Dório Silva	-	60	18	-	7	-	-
	Dr. Jayme Santos Neves	SIM	30	-	40	4*	-	-
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	Padre Máximo	-	10	10	-	-	-	-
VILA VELHA	Antônio Bezerra de Faria	SIM	-	-	-	3	-	-
	Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves	-	-	-	-	2	-	-
	Evangélico de Vila Velha	SIM	-	-	-	21	10	-
	Estadual de Vila Velha	-	44	9	-	-	-	-
VITÓRIA	Universitário Cassiano Antônio de Moraes	-	25	13	-	6	-	-
	Estadual Central	-	-	-	-	13	-	21
	Infantil Nossa Senhora da Glória	SIM	-	-	-	6	-	-
	São Lucas	SIM	-	-	-	10	-	-
	Santa Casa de Misericórdia de Vitória	SIM	-	-	-	7	-	-
TOTAL		07	224	105	40	90	10	21

COMPONENTE HOSPITALAR RUE – REGIÃO CENTRAL			
MUNICÍPIOS	HOSPITAIS	PORTA DE ENTRADA	LEITOS DE UTI
		FUNCIONANTES	FUNCIONANTE
			QUALIFICADOS
Aracruz	Fundação Hospital Maternidade São Camilo	SIM	6
Baixo Guandu	Estadual João Santos Neves	-	
Colatina	Maternidade São José	-	7
	Maternidade Silvio Avidos	SIM	11
João Neiva	Maternidade Sagrado Coração de Maria	-	-
Linhares	Geral de Linhares	SIM	6
	Rio Doce	-	4
São Gabriel da Palha	Dr. Fernando Serra	SIM	-
TOTAL		04	34

*Remanejados 04 leitos de UTI qualificados do Hospital Santa Rita para o Hospital Jayme Santos Neves – (Resolução CIB nº166/2014 - Ofício Circular DAHU/SAS nº 005/2014).

(*) No PAR da Região Central ficou definido um quantitativo de 05 leitos de UCO sendo, 02 para a Região Central e 03 para a Região Norte. Justifica-se o número de leitos superior ao preconizado pela base de cálculo do Ministério da Saúde no PAR-RUE Central, que seriam 02 leitos novos na Região Norte e 03 leitos para Região Central, devido ao fato da Região Norte não possuir hospitais com serviços de Alta Complexidade em Cardiologia, para responder pela Linha do Cuidado do IAM. Ressalta-se que embora o Hospital Rio Doce esteja localizado no município de Linhares na Região Central, foi pactuado que responderá pela Linha do Cuidado do IAM também dos pacientes da Região Norte.

COMPONENTE HOSPITALAR RUE – REGIÃO SUL			
MUNICÍPIO	HOSPITAL	PORTA DE ENTRADA	LEITOS DE UTI
		FUNCIONANTE	FUNCIONANTE QUALIFICADOS
Alegre	Casa de Caridade São José	-	-
Cachoeiro de Itapemirim	Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim	SIM	13
	Infantil Francisco de Assis	-	2
	Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	-	13
Castelo	Santa Casa de Misericórdia Castelense	-	-
Guaçuí	Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí	-	-
Itapemirim	Evangélico de Itapemirim	-	-
Mimoso do Sul	Apóstolo Pedro	-	-
Muqui	Maternidade Matargo Gesteira	-	-
São José do Calçado	Estadual São José do Calçado	SIM	6
TOTAL		02	34

COMPONENTE HOSPITALAR RUE – REGIÃO NORTE			
MUNICÍPIOS	HOSPITAIS	PORTA DE ENTRADA	LEITOS DE UTI
		FUNCIONANTES	FUNCIONANTE QUALIFICADOS
Barra de São Francisco	Dra. Rita de Cássia	SIM	-
Boa Esperança	Rural de Boa Esperança	-	-
Ecoporanga	Fundação Médica	-	-
Jaguaré	Unidade Mista de	-	-
Pinheiros	Pinheiros	-	-
Nova Venécia	São Marcos	-	-
São Mateus	Dr. Roberto Arnizaut	SIM	8
TOTAL		2	8

(*) As Portas de Entrada do H. Evangélico de Itapemirim e H. Santa Casa de Guaçuí ficam condicionadas à abertura e comprovação da expansão de no mínimo 80 leitos hospitalares.

A Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar, sendo um dos componentes da RUE. A UPA deverá ser implantada em locais ou unidades estratégicas para a configuração da Rede, em conformidade com a lógica de

acolhimento e de classificação de risco, observando de modo ininterrupto e possuir equipe multiprofissional.

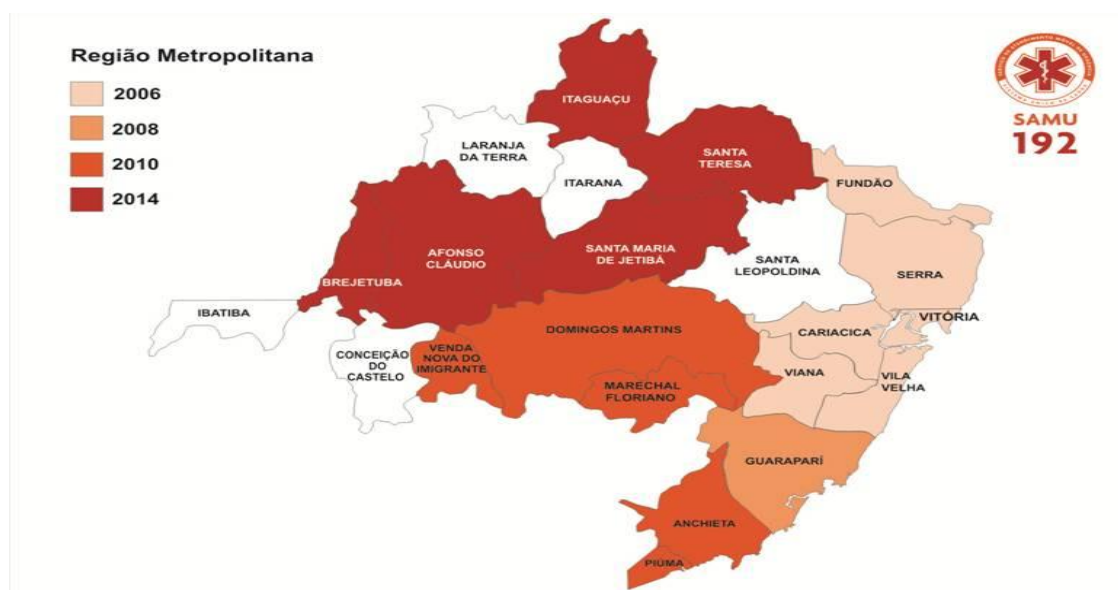
O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é um componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências (Portaria Ministerial nº 1.010, de 21/05/2012).

Em 2005, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi implantado no Estado. Priorizado em 06 municípios da Grande Vitória (Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana e Fundão) por concentrar grande parte da população do Estado; ser entrecortada por Rodovias Estaduais e Federais e ferrovia interestadual; por possuir uma melhor estruturação de Rede Hospitalar para retaguarda de pacientes e pelo alto índice de atendimentos por causas externas (agressão por armas de fogo, acidentes de trânsito, etc).

Atualmente o serviço conta uma Central Regional de Regulação de Urgência, localizada no município de Vitória, realizando a cobertura de 15 municípios da Região Metropolitana além de dois municípios que se encontram inseridos na Região Sul do Espírito Santo, Anchieta e Piúma.

O SAMU 192 abrange 55% da população capixaba nos 17 municípios que já possuem essa cobertura. Tal serviço realiza diariamente cerca de 380 atendimentos médicos por telefone e envia as unidades móveis em 140 vezes, o que corresponde a mais de 4.000 atendimentos por mês.

Figura 21: Central Regional de Regulação de Urgência (SAMU)



Fonte: SESA-ES/SAMU

O custeio do SAMU 192, nos termos da sua normatização, deve ser compartilhado, cabendo à União 50%, 25% ao Estado e outros 25% aos municípios participantes. Entretanto, no ES, o custeio é mantido 76% com recursos próprios estaduais e 24 % de recursos federais. Não há participação dos municípios no custeio.

Em agosto de 2011, teve início o serviço de Motolâncias na Grande Vitória. Atuando em duplas, os técnicos de enfermagem capacitados no atendimento às urgências e direção defensiva realizam o primeiro atendimento até a chegada da ambulância. Em 2015, o SAMU passou a contar com a operacionalização do serviço aeromédico por meio do helicóptero, dando mais agilidade ao tempo-resposta tão imprescindível em certas situações e prestando serviço em todo o território capixaba. Em 2015, os principais atendimentos provocados por causas externas envolveram acidentes de trânsito, principalmente por motociclistas e quedas.

ATENÇÃO À SAÚDE: Dimensão assistencial

Os Sistemas de Atenção à Saúde são respostas sociais organizadas em função das respostas às necessidades das populações, que se expressam na situação de saúde. Para o atendimento a essas necessidades, deve haver sintonia entre as necessidades apontadas pela Epidemiologia e pela Economia da Saúde e a forma como são delineados os arranjos institucionais possíveis para dar respostas oportunas e qualificadas à população. Neste contexto, um dos maiores desafios do SUS é o de organizar um sistema de saúde que leve em conta a grande heterogeneidade dos municípios e estados brasileiros, tanto do ponto de vista das necessidades por ações e serviços de saúde, quanto da capacidade instalada em termos de prestação de serviços, como na capacidade gerencial existente e, também, em um cenário de subfinanciamento que ameaça a sustentabilidade do SUS.

Verifica-se no Brasil, e no estado do Espírito Santo esta situação se repete, que a assistência à saúde nos níveis de especialidades (secundário e terciário) é importante ponto de estrangulamento nos sistemas de serviços de saúde, seja por insuficiência de oferta, seja por excesso dos mesmos ou, ainda, por demanda inadequada. Se por insuficiência ou inexistência dos recursos assistenciais, há a formação de longas filas expectantes para especialidades específicas. Se por excesso de oferta ou demanda inadequada, há uma repercussão importante no Sistema, pelo desperdício e mau uso dessas tecnologias, impactando no financiamento do setor da saúde pública.

Desses serviços especializados, os que apresentam maiores e mais graves estrangulamentos no ES são os de atenção secundária, principalmente consultas, exames especializados e atenção em saúde bucal. Também há estrangulamentos na oferta de leitos intensivos. Os levantamentos efetuados pela SESA apontam para uma demanda reprimida importante para alguns recursos assistenciais como consultas especializadas e exames de imagem e gráficos, mas, para outros recursos observa-se que houve uma inclusão de maior número de usuários no sistema, portanto faz supor que havia excedente de oferta para muitos desses recursos assistenciais, havendo uma oscilação e uma inconstância na atenção integral à população usuária desses serviços.

Espelhando bem a realidade, que tende a ser nacional, atualmente ainda se verifica um intenso deslocamento de populações procedentes do interior do Estado em busca de serviços de saúde mais complexos existentes da Região Metropolitana da Grande Vitória, principalmente na Capital e esse cenário expõe a fragilidade de um sistema de saúde

projetado para ser descentralizado e regionalizado, em consonância com o que estabelece a CF e as leis orgânicas da saúde.

Esta situação vem apresentando melhoras significativas nos últimos anos com iniciativas de descentralização em direção às Regiões de Saúde, bem como pela modelagem, aprovação e implantação das Redes de Atenção Prioritárias definidas nacionalmente: Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede para Atenção Materno-Infantil, Rede de Atenção às Pessoas com Deficiências e Rede de Atenção às Pessoas com Condições Crônicas.

Uma das estratégias para a organização do acesso da população aos serviços de saúde o mais próximo possível de suas residências, de forma regionalizada, é o estabelecimento de uma rede de cuidados que propicia um olhar direcionado mais para as condições crônicas do que para as situações de urgências e emergências.

Segundo Cecílio e Merhy (2003), “a noção de sistema traz implícita a idéia de funcionamento harmônico entre partes, cada qual com sua função que contribua para o bom funcionamento do todo”. Esses mesmos autores salientam que “o conceito de sistema denota uma concepção idealizada de cunho normativo, que na prática não se sustenta”. Em função dessa reflexão, pode-se depreender que o SUS — um sistema — é atravessado por diversas lógicas de funcionamento (arranjos organizacionais), por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, às vezes formais, mas na maioria das vezes informais, nem sempre seguindo a lógica da racionalidade, muitas vezes interrompidos e obstaculizados, construídos a partir de interesses diversos que não podem e não devem ser olhados sob um único desenho institucional se considerar as expectativas e necessidades de cada localidade e seus cidadãos. Neste sentido, a regulação do acesso realizado por unidades regulatórias da SESA, a partir do ano de 2011, decidiu pelo aprimoramento e pela efetivação dos instrumentos de regulação dos serviços prestados pela rede própria e pelo setor privado contratualizado para a garantia do acesso da população aos serviços que necessitar oportunamente.

Para tanto, necessita das ferramentas da regulação em todos os seus passos de forma articulada, para se atingir os objetivos da atenção finalística integral em toda a rede. Segundo Magalhães (2006) “este é o sentido mais nobre da regulação: dar conta das demandas do campo da assistência, utilizando de forma inteligente os recursos disponíveis e contribuindo para a integralidade do sistema”.

No entanto esta iniciativa ainda se encontra em estágio inicial, abrindo uma possibilidade de se concretizar num futuro próximo, pois a SESA tomou a decisão de melhor qualificar

a regulação do acesso às tecnologias especializadas de média e alta complexidade ambulatorial optando por expandir e implantar o SISREG em três Regiões de Saúde – Norte, Central e Sul – uma vez que a região Metropolitana já dispunha do SISREG desde 2013.

Pode-se afirmar que o momento atual da gestão do SUS no ES é de ajustes no desenho institucional que carece ser observado tanto internamente na SESA como também nas suas inter-relações com os municípios, cuja política e práticas nos dois âmbitos repercutem em todo o sistema estadual de saúde. Para tanto a SESA vem trabalhando sob duas diretrizes: Qualificação da Gestão do SUS e Organização da Atenção à Saúde.

Os mais importantes constrangimentos para a assistência aos cidadãos estão localizados na indefinição de fontes precisas de financiamento, principalmente decorrentes da grave crise econômica pela qual passa o País. Em função disto, é patente a necessidade de organização da oferta de diversas tecnologias assistenciais, em face dos importantes pontos de estrangulamento nos serviços especializados.

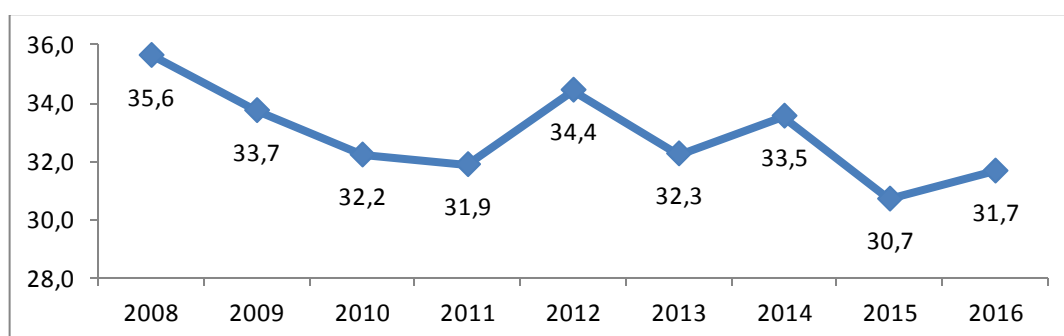
Para minimizar o efeito destas dificuldades financeiras, a SESA optou pelo desenvolvimento de um projeto de planejamento e programação regional, perpassando por três dimensões: a planificação da atenção à saúde, envolvendo a APS e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), já mencionados; o plano diretor da rede de hospitais que, junto aos demais níveis de atenção, fortalecerá as redes de atenção em implantação/implementação, tendo a SESA juntamente com os municípios tomado a decisão de realizar nova programação assistencial com os atuais recursos disponíveis de origem Federal, Estadual e Municipal, visando maior eficiência alocativa e nos gastos com saúde. O que se pretende é que, melhorando a programação a partir das reais necessidades da população, haja ampliação da escala de oferta de serviços aos usuários utilizando a mesma rede e os mesmos recursos financeiros.

Apesar do estado do Espírito Santo possuir uma ampla rede pública, apresenta uma distribuição espacial heterogênea dos serviços de saúde, que estão mais concentrados na Região Metropolitana da Grande Vitória, contribuindo, assim, para dificuldades no acesso da população ao Sistema.

A rede de atenção básica, composta por 700 Unidades Básicas de Saúde, vem evoluindo consideravelmente ao longo dos anos e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) vem apresentando relativa queda em relação ao total das internações clínicas ocorridas no ES, conforme observado no Gráfico 47.

No entanto, ainda há sistemas municipais apresentando fragilidades quanto à resolutividade nesse nível de atenção, visto que as ICSAB ainda registraram proporção alta de 32,4 % em 2016. A proporção variou, no conjunto dos municípios do Espírito Santo, entre 12 a 65%.

Gráfico 47: Proporção de internações clínicas por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) no Espírito Santo – 2008 a 2016



Fonte: DATASUS/SIH/SUS

A organização da atenção básica, com clara opção pela estratégia Saúde da Família e de Agentes Comunitários, tem sido a opção majoritariamente adotada pelos municípios do ES. Contudo, as gestões municipais encontram grande dificuldade para cumprir os requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde, principalmente quanto à composição e recomposição das equipes, com ênfase nos municípios do interior do Estado.

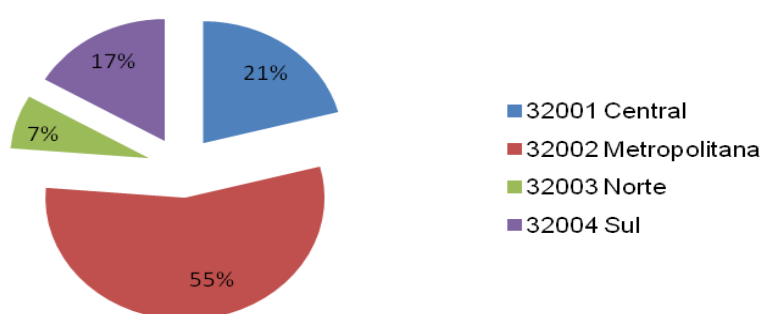
Ao analisar as informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, pelo TABNET verifica-se que no Espírito Santo existem 6.242 estabelecimentos cadastrados, sejam eles serviços públicos ou privados.

Na análise da rede estadual de estabelecimentos de saúde, sejam eles pertencentes à rede SUS ou não (serviços não SUS) encontramos, especificamente, que a rede ambulatorial especializada conta com 4.899 unidades de serviços públicos e privados¹⁰. Ao identificar a natureza jurídica desses estabelecimentos verificamos que 2% deles pertencem à rede pública, 2% às instituições filantrópicas, 48% às entidades empresariais e 47% são de pessoas jurídicas. Estes últimos em sua grande maioria de consultórios médicos de profissionais liberais especialistas.

¹⁰ O quantitativo levou em consideração os tipos de estabelecimento CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO, CONSULTORIO, POLICLINICA, UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA e CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS, consultados no site do CNES em 30/10/2017, utilizando a competência de dezembro/2016.

Em relação à distribuição dos estabelecimentos configurados como tipo especializados no território do Estado observamos uma concentração na região metropolitana, com 55% dos serviços.

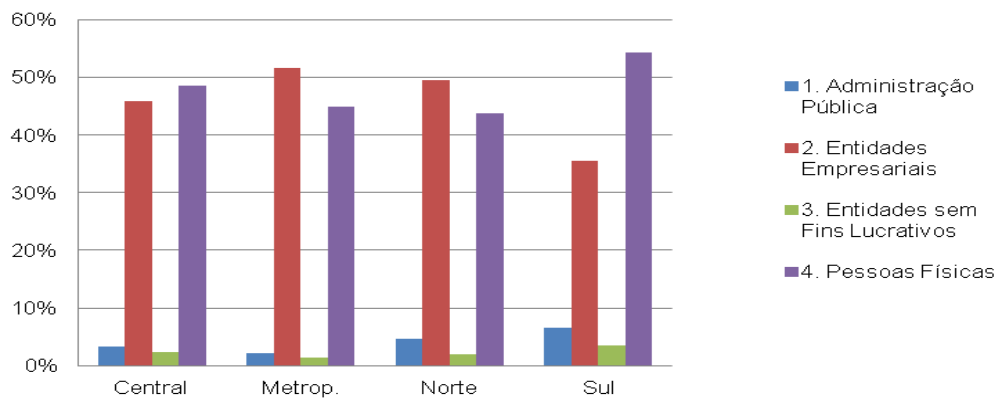
Gráfico 48: Distribuição dos estabelecimentos especializados por região de saúde do Espírito Santo – Dezembro/2016



Fonte: TABNET – CNES – 2016

Ainda sobre os estabelecimentos especializados, se observados sob a ótica da natureza jurídica por região de saúde, verificamos a região sul possui a maior representatividade de estabelecimentos públicos (7%) se comparados com a média estadual (3%). A menor representatividade ocorre na região metropolitana (2%).

Gráfico 49: Estabelecimentos especializados por natureza jurídica distribuídos nas Regiões de Saúde do Espírito Santo – Dezembro/2016.



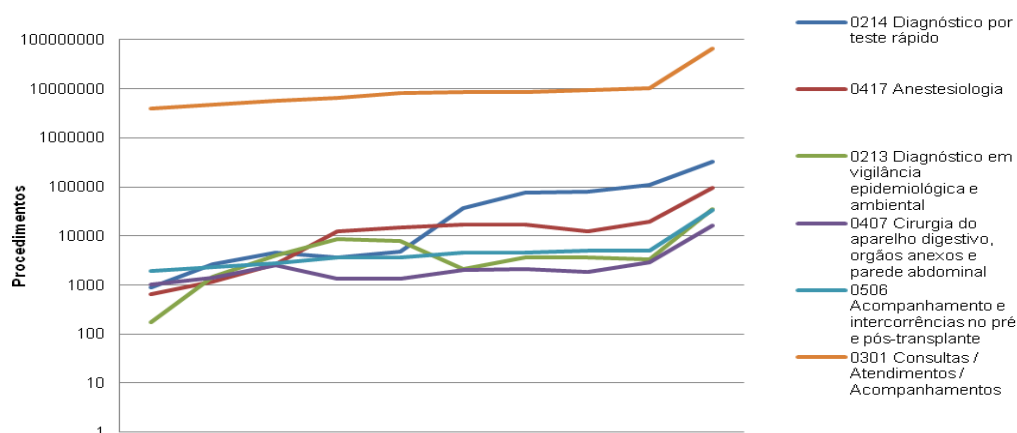
Fonte: CNES/CNES – 2016

Existe uma importante superposição de oferta de alguns serviços em face de apenas 40 municípios já terem o comando único sobre toda a rede de prestadores localizados em seu território e para 4 municípios as contratualizações se sobrepõem em função da gestão dupla e contratações de um município em outro contribuindo para esta sobreposição.

Outros 9 municípios nos últimos 5 anos assumiram a gestão dos recursos financeiros das unidades próprias de saúde e de poucos serviços de imagem e/ou análises clínicas e 25 permanecem com seus recursos sob gestão estadual, portanto há gestão dual (parte dos prestadores sob gestão da SESA e parte municipal), bem como deficiência quantitativa e qualitativa de especialistas em algumas regiões do Estado.

A evolução dos atendimentos da rede ambulatorial especializada, no nível de atenção de média complexidade, demonstra que houve uma ampliação no acesso, visto que houve aumento na produção de ações e serviços no período de 2008 a 2016. Ao analisar (Gráfico 50) o total de procedimentos de média complexidade produzido pela rede SUS no ES, verifica-se aumento, visto que superaram em 107% no ano de 2016. Esse aumento na produção de ações de saúde ocorreu no conjunto da rede das unidades sejam elas públicas federal, estadual, municipal e, também na rede complementar.

Gráfico 50: Evolução dos procedimentos de MÉDIA complexidade, por SUBGRUPOS, realizados na Rede SUS do Espírito Santo – 2008 a 2016.



Fonte: TABWIN/S.I.A.

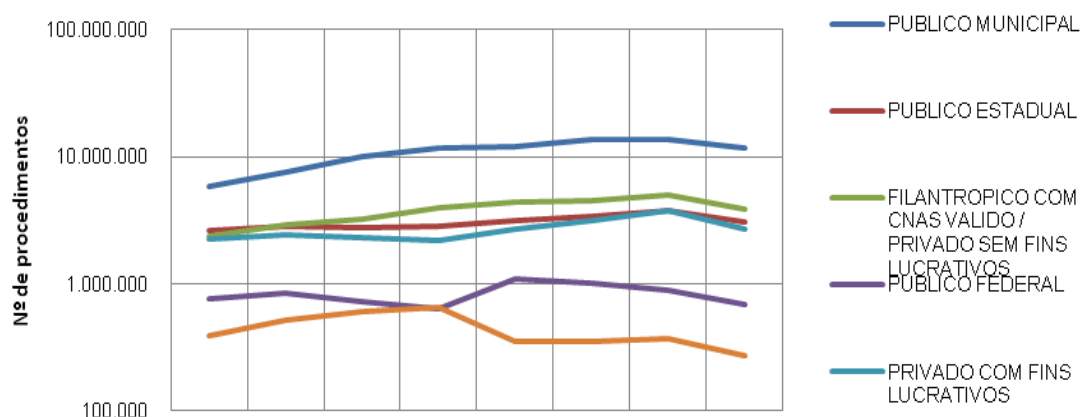
Sobre a análise da ampliação do acesso na média complexidade, referente a evolução crescente devemos destacar que os 5 principais sub-grupos que contribuíram para esse incremento foram: 0214 – diagnóstico por teste rápido, 0417 – anestesiologia, 0213 – diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental, , 0407 – cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal, 0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante e 0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos.

Ainda são passíveis de análise, mas não aparecem no gráfico, por terem aumento acima de 100% os subgrupos de 0209 Diagnóstico por endoscopia, 0211 Métodos diagnósticos em especialidades, 0309 Terapias especializadas e 0202 Diagnóstico em laboratório clínico. O sub-grupo 0214 Diagnóstico por teste rápido chama atenção por possuir o maior percentual de incremento. Ao se estratificar verifica-se a atenção para investigação de HIV e sífilis. Um dos indicativos desse aumento neste grupo esta relacionado aos códigos novos que foram introduzidos na tabela SUS a partir de 2012 (0214010066 – teste rápido de gravidez, 0214010074 – teste rápido pra sífilis, 0214010082 – teste rápido para sífilis em gestante, 0214010090 – teste rápido para detecção de hepatite c) e que apresentam um percentual médio de 428% de crescimento no período de 2013 a 2016. Desses o com menor percentual de crescimento foi o de 0214010074 – teste rápido pra sífilis.

Ao se detalhar a natureza jurídica dos estabelecimentos verifica-se que os prestadores públicos municipais da rede SUS, são responsáveis por grande parte dos procedimentos produzidos, na média 50% de toda produção de média complexidade. Os demais

prestadores públicos (estadual e federal) contribuem com 18% e a rede complementar (filantrópica e privada) com 32% dos atendimentos ambulatoriais de média complexidade.

Gráfico 51: Evolução dos atendimentos ambulatoriais de MÉDIA complexidade, por tipo de prestador dos serviços da rede SUS do Espírito Santo – 2008 a 2015.



Fonte: SESA/SIA

Se observarmos sob a ótica dos valores faturados há uma ligeira mudança na participação dos tipos de prestadores. As unidades prestadoras públicas municipais continuam ser o mais representativo na execução dos atendimentos ambulatoriais, por possuir o maior número de unidades e ter produção significativa.

Em recursos faturados os estabelecimentos públicos municipais representa 41% do total de recursos utilizados nesse nível de atenção, no entanto, esse montante diluído no volume de atendimentos acaba resultando num custo/médio dos procedimentos bem baixo comparado aos demais tipos de prestadores, R\$ 5,93 (cinco reais e noventa e três centavos) na média dos 8 anos. O custo médio dos demais prestadores de serviços gira, na média dos anos analisados, em torno de R\$ 9,47 dos estabelecimentos públicos estadual, R\$ 9,07 da rede complementar (Filantrópicos com CNAS e Privados sem fins lucrativos), R\$ 8,59 do público federal e R\$ 7,52 dos privados com fins lucrativos.

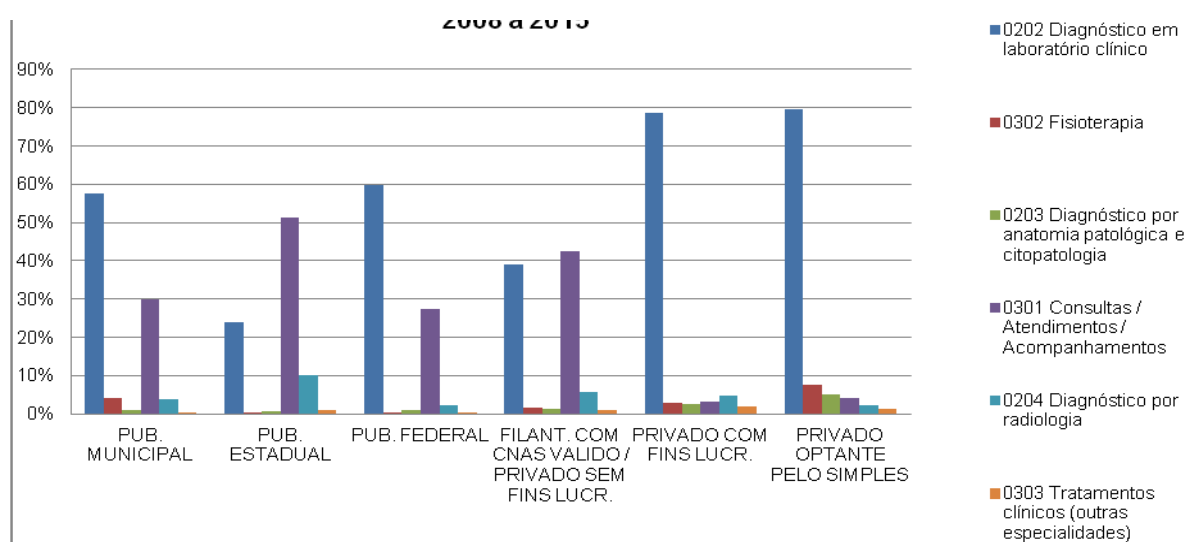
Desse custo médio dos procedimentos de média complexidade pode-se inferir, pelo menor custo médio, que a rede de maior cobertura no território do Estado (unidades público municipal), com atendimentos nos 78 municípios, realiza aqueles mais simples. Isso considerando que 88% dos procedimentos realizados por esse tipo de prestador são

procedimentos dos subgrupos 0202 Diagnóstico em laboratório clínico e 0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos.

No subgrupo 0301 que engloba consultas, atendimentos e acompanhamentos, 20% são de atendimento médico em unidade de pronto atendimento, 18% administração de medicamentos, 14% de consultas de profissionais de nível superior (exceto médico) e 30% do total são consultas médicas especializadas. Dessas consultas médicas realizadas por CBO (Classificação Brasileira de Ocupação), as especialidades mais significativas são Cardiologia 15%, Ortopedia e traumatologia 14%, Clínico Geral ou generalista 10%, Dermatologia 8%, Psiquiatria 6%, Oftalmologia / Endocrinologia e Neurologia com 5% cada, Gastroenterologia, Urologia, Pediatria, Ginecologia, Cirurgia Geral com 4%, Otorrinolaringologia com 3% e as demais especialidades com 1%. Em todos os tipos de prestador o subgrupo 0202 de diagnóstico em laboratório Clínico aparece como a maior produção em todos os prestadores

Os tipos de atendimentos ambulatoriais de média complexidade realizados percentualmente em cada tipo de prestador estão demonstrados no gráfico VI, abaixo:

Gráfico 52 : Proporção dos tipos de atendimentos ambulatoriais de MÉDIA complexidade realizados por tipo de prestador da rede SUS do Espírito Santo, analisados na produção, por SUBGRUPOS, do período de 2008 a 2015



Fonte: SESA/ SIA

Ao identificar a localização dos estabelecimentos de saúde que realizaram tais atendimentos ambulatoriais verifica-se que 52% de todos os atendimentos estão concentrados em 4 municípios da Grande Vitória (Vitória – 22%, Serra – 12%, Vila Velha – 10% e Cariacica – 8%) o que se traduz na concentração dos serviços nessa parte do território do Estado.

Em relação aos municípios atendidos com assistência ambulatorial de média complexidade, no período de 2008 a 2016 todos os 78 municípios do Estado foram contemplados com algum tipo dessa assistência, no entanto verifica-se que alguns possuem percentual mais significativo em relação aos demais municípios, como é o caso de Serra (10%), Vitória e Cariacica (9%), Cachoeiro de Itapemirim (8%), Guarapari (7%), Colatina e Vila Velha (6%), Guaçuí e Linhares (3%), Aracruz, Nova Venécia e São Mateus (2%). Além dos municípios do ES, usuários de outras unidades da federação também são atendidos pela rede SUS do estado em média complexidade ambulatorial.

Verifica-se também que alguns possuem produção retraída frente à necessidade da população o que contribui para a formação de fila expectante. É o caso do sub-grupo 0205 – Diagnóstico por ultrassonografia.

Sabe-se que a média complexidade não é muito atrativa para os prestadores de serviços considerando-se os valores de remuneração pagos pela tabela SUS para o grupo de atendimentos. Essa pode ser uma das razões da retração na produção desses tipos de atendimentos.

A atenção ambulatorial em alta complexidade no período analisado compreendido entre 2008 e 2016, por tipos de atendimentos possui incluída a dispensação dos medicamentos excepcionais e o componente especializado que, juntos, representam 96% da totalidade da quantidade de procedimentos da tabela SUS realizados no Espírito Santo neste período. No entanto, se a análise for sob a ótica dos recursos financeiros utilizados no custeio da alta complexidade ambulatorial, a atenção farmacêutica (somatório da dispensação e do componente especializado) foi responsável por 22,04% do total acumulado no período analisado, cujo montante foi de R\$ 1.303.837.182,80 (Hum bilhão, trezentos e três milhões, oitocentos e trinta e sete mil, cento e oitenta e dois reais e oitenta centavos).

Somente no ano de 2016 o total de recursos financeiros aplicados da fonte federal no pagamento de produção SUS ambulatorial foi na ordem de R\$ 368.622.641,75 (Trezentos e sessenta e oito milhões, seiscentos e vinte e dois reais, seiscentos e quarenta e um reais e setenta e cinco centavos), sendo R\$ 205.392.238,73 (Duzentos e

cinco milhões, trezentos e noventa e dois mil, duzentos e trinta e oito reais e setenta e três centavos) na média complexidade (56%) e R\$ 163.230.403,02 (Cento e sessenta e três milhões, duzentos e trinta mil, quatrocentos e três reais e dois centavos), 44% na alta complexidade.

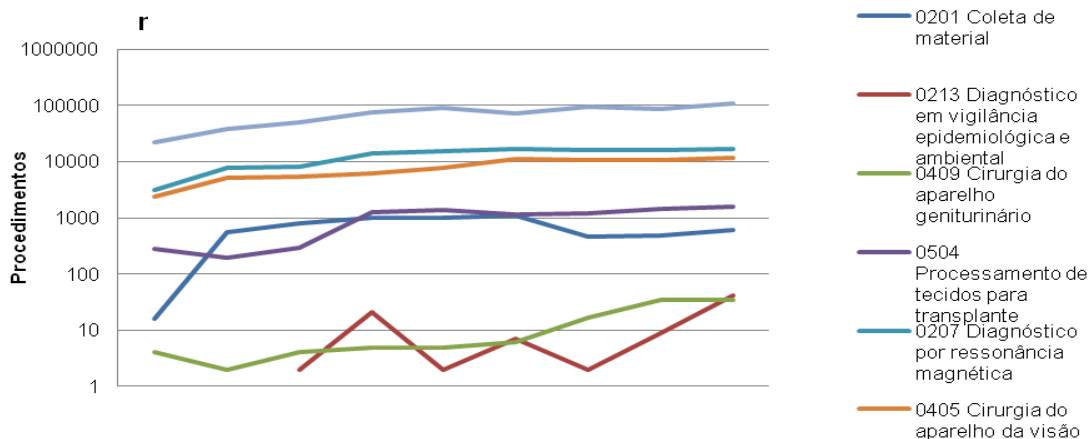
Avaliando os números absolutos, de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade produzidos, excetuando aqueles da assistência farmacêutica, os demais significativos agrupados por sub-grupo da tabela SUS são: 0305 Tratamento em nefrologia, 0304 Tratamento em oncologia, 0206 Diagnóstico por tomografia, 0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos e 0501 Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante.

Contudo, em dispêndios de recursos, proporcionalmente, os mais significativos, incluindo a assistência farmacêutica são: 0305 Tratamento em nefrologia (30,78%), 0304 Tratamento em oncologia (25,35%), 0604 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (14,63%), 0601 Medicamentos de dispensação excepcional (7,41%), 0206 Diagnóstico por tomografia (6%), 0501 Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante (4%), 0405 Cirurgia do aparelho da visão (3%), 0207 Diagnóstico por ressonância magnética, 0208 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo e 0211 Métodos diagnósticos em especialidades, cada um com 2%, os demais abaixo de 1% desses recursos financeiros.

A alta complexidade também sofreu aumento no quantitativo de procedimentos realizados no período de 2008 a 2016, no entanto esse crescimento não foi tão expressivo quanto na média complexidade, ficando em torno de 71,65% se compararmos os atendimentos de 2016 em relação a 2008.

Os subgrupos com maior incremento no quantitativo estão detalhados no gráfico 53 abaixo. É possível observar que, de forma geral, o ano de 2014 foi significativo para a ampliação no quantitativo dos procedimentos que tiveram maior aumento utilizando-se a produção do ano de 2008 para comparação.

Gráfico 53: Evolução dos procedimentos de ALTA complexidade (por SUBGRUPOS) realizados na Rede SUS do Espírito Santo – 2008 a 2016

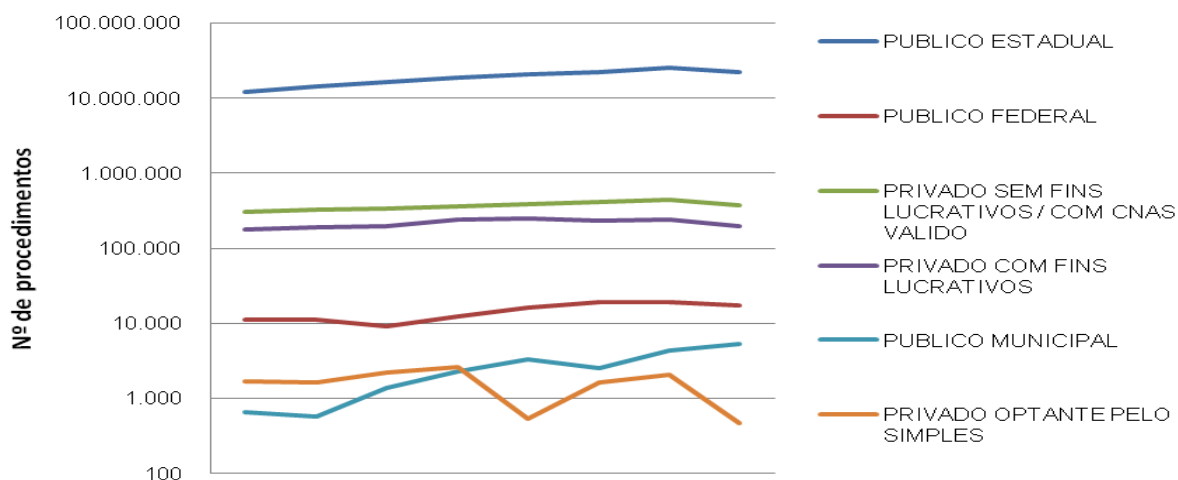


Fonte: DATSUS/SIA.

Além desses apontados no gráfico, ainda merecem atenção 0206 Diagnóstico por tomografia, 0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos e 0210 Diagnóstico por radiologia intervencionista com crescimento expressivo. No 0301 o que aparece de mais expressivo é o procedimento realizado pelo Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo – CREFES, unidade própria estadual realizando especificamente o procedimento 0301070121 tratamento intensivo de pacientes em reabilitação física (1 turno paciente-dia – 20 atendimentos/mês) que corresponde a 95% do total de procedimentos desse subgrupo e que teve um crescimento de 271% na produção na evolução dos anos de 2008 a 2016.

Como pode-se verificar no gráfico 54, a rede pública estadual é que produz, significativamente, os atendimentos dessa complexidade.

Gráfico 54: atendimentos ambulatoriais de ALTA complexidade, por tipo de prestador – Rede SUS – Espírito Santo – 2008 a 2015



Fonte: SESA/S.I.A.

Observações:

- 1) Foi necessário somar os tipos de prestador filantrópico com CNAS válido e privado sem fins lucrativos, os estabelecimentos são basicamente os mesmos. Houve uma oscilação nos anos a medida que houve a utilização da nomenclatura do CNAS.
- 2) Na tabulação não aparece a produção de 2016 uma vez que houve a mudança no CNES da classificação dos tipos de prestador para natureza jurídica, sem similitude com a anterior.

Na análise da alta complexidade, ao se expurgar os subgrupos 0601 e 0604, ambos relacionados à assistência farmacêutica, essa assistência ocorre significativamente nos seguintes estabelecimentos: Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo – CREFES (47%), Hospital São Lucas (14%), Hemocentro do Estado do Espírito Santo (10%), Laboratório Central de Saúde Pública (10%), Hospital Dr. Dório Silva (5%), Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (4%), os demais abaixo de 4%.

Os procedimentos de alta complexidade produzidos pelas unidades próprias estaduais são especialmente: 0301070121 – tratamento intensivo de paciente em reabilitação física (1 turno paciente/dia – 20 atendimentos mês) – 47%, 0206010079 – tomografia computadorizada do crânio – 15%, 0501010017 – coleta de sangue em hemocentro para exames de histocompatibilidade (cadastro de doador no REDOME) – 10%, 0202030024 –

contagem de linfócitos CD4/CD8 – 5%, 0202031071 – Quantificação de RNA do HIV-1-5%, os demais abaixo desse percentual.

De acordo com dados do CNES, que classifica os hospitais em geral e especializado, a **rede hospitalar** existente no Espírito Santo conta com 95 unidades hospitalares, conforme a natureza do estabelecimento de saúde, está assim distribuída por região de saúde: 1 hospital federal de ensino, 18 estaduais (4 especializados e 14 hospitais gerais), 12 públicos municipais (11 gerais e 1 especializado), 38 privados sem fins lucrativos (filantrópicos – 35 hospitais gerais e 3 especializados) e 26 privados com fins lucrativos contratados (24 hospitais gerais e 2 especializados).

Quadro 5: Número de hospitais especializados e geral existentes por natureza e região de saúde do Espírito Santo – 2016

TIPO HOSPITAL E NATUREZA	CENTRAL	METROPOLITANA	SUL	NORTE	TOTAL
I- Hospital Especializado	0	8	2	0	10
A- Hospital Estadual	0	3	1	0	4
B- Hospital Municipal	0	1	0	0	1
C- Hospital Filantrópico	0	2	1	0	3
D- Hospital Privado	0	2	0	0	2
II- Hospital Geral	15	39	19	12	85
A- Hospital Federal	0	1	0	0	1
B- Hospital Estadual	2	8	2	2	14
C- Hospital Municipal	2	3	4	2	11
D- Hospital Filantrópico	6	11	12	6	35
E- Hospital Privado	5	16	1	2	24
TOTAL	15	47	21	12	95

Fonte: MS/DATASUS/CNES – 2016.

Hospitais Estaduais, NREs, CCEEs, Filantrópicos, Municipais, Privados e Federal

● Hospitais Estaduais - 01 a 20 ● NREs - 21 a 24 ● CCEEs - 25 a 29 ● Filantrópicos - 30 a 69 ● Hospitais Municipais - 70 a 82 ● Hospitais Privados - 83 a 109 ● Hospital Federal - 110

Norte

- 01 H. E. Drª. Rita de Cássia
- 02 H. E. Roberto Arrizaui Silveira
- 03 Núcleo Regional de Especialidades de São Mateus
- 04 CCEE de Nova Venécia
- 05 Hospital Maternidade N. Srª. Aparecida
- 06 Casa N. Srª. da Saúde
- 07 Hospital Menino Jesus
- 08 Fundação Hospitalar e Ecoporanga - FUMATRE
- 09 Associação Hospitalar Rural Boa Esperança
- 10 Hospital Maternidade São Mateus
- 11 Hospital São Marcos
- 12 Hospital e Maternidade São João Batista
- 13 Hospital de Pinheiros
- 14 Hospital Municipal de Conceição da Barra
- 15 Casa de Saúde Santa Mônica

Central

- 03 H. E. João dos Santos Neves
- 04 H. E. e Maternidade Sílvia Avidos
- 05 Núcleo Regional de Especialidades de Colatina
- 06 CCEE de Linhares
- 07 Fundação Hospitalar Social Rural
- 08 Hospital e Maternidade de Pancas
- 09 Hospital Rio Doce
- 10 Hospital e Maternidade São José
- 11 Santa Casa de Misericórdia de Colatina
- 12 Hospital Maternidade Sagrado Coração de Maria
- 13 Fundação Hospitalar Maternidade de São Camilo
- 14 Hospital e Maternidade Alfredo Pinto Santana
- 15 Hospital Geral de Linhares
- 16 Hospital Unimed Linhares
- 17 Casa de Saúde Santa Luzia
- 18 São Bernardo Apart Hospital
- 19 Hospital Unimed Noroeste Capixaba
- 20 Casa de Saúde Santa Maria

Metropolitana

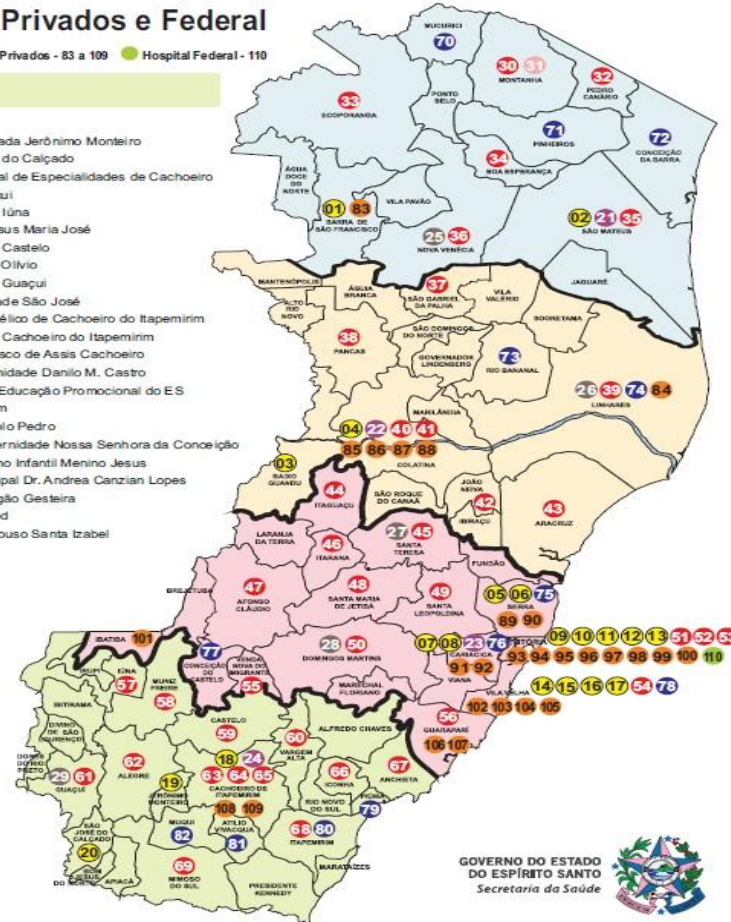
- 05 H. E. Dório Silva
- 06 H. E. Dr. Jayme Santos Neves
- 07 H. E. Atenção Clínica
- 08 H. E. Pedro Fontes
- 09 H. E. São Lucas
- 10 H. E. Infantil N. Srª. da Glória
- 11 H. E. Central
- 12 H. E. de Urgência e Emergência

Metropolitana

- 13 Hospital de Polícia Militar - HPM
- 14 H. E. Antônio Bezerra de Faria
- 15 H. E. Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves
- 16 H. E. de Vila Velha
- 17 CREFES
- 22 Núcleo Regional de Especialidades Metropolitana
- 23 CCEE de Santa Teresa
- 24 CCEE de Domingos Martins
- 25 Hospital N. Srª. da Boa Família
- 26 Hospital Madre Regina Protmann
- 27 Fundação Hospitalar de Itarana
- 28 Hospital São Vicente de Paulo
- 29 Fundação Hospitalar Beneficente Concordeia
- 30 Fundação Médica Assistencial Santa Leopoldina
- 31 Fund Hosp e Assist. Social de Domingos Martins
- 32 Hospital Santa Rita de Cássia Vitória
- 33 Associação Beneficente Pró-Maternal de Vitória
- 34 Hospital Santa Casa de Vitória
- 35 Hospital Evangélico de Vila Velha
- 36 Hospital Padre Máximo
- 37 Hospital Infantil Francisco de Assis Guarapari
- 38 Maternidade Coronel Leoncio Vieira de Rezendes
- 39 Maternidade Municipal de Cariacica
- 40 Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha
- 41 Hospital Municipal de Cobalândia
- 42 Vitória Apart Hospital
- 43 Hospital Metropolitano
- 44 Hospital Mendonça
- 45 São Francisco Hospital
- 46 Clínica de Acidentados de Vitória
- 47 Associação dos Funcionários Públicos do E. Santo
- 48 Maternidade Santa Paula
- 49 Maternidade Santa Ursula
- 50 CIAS Unimed Vitória
- 51 Maternidade Unimed
- 52 Hospital Mata da Praia
- 53 Hospital Praia do Canto
- 54 Hospital de Ibatiba
- 55 Centro Médico Hospital Vila Velha
- 56 Hospital e Maternidade Praia da Costa
- 57 Hospital Santa Mônica
- 58 Hospital São Luiz
- 59 Hospital São Pedro
- 60 Hospital São Judas Tadeu
- 61 Hospital das Clínicas - HUCAM

Sul

- 18 CAPAAC
- 19 Unidade Integrada Jerônimo Monteiro
- 20 H. E. São José do Calçado
- 21 Núcleo Regional de Especialidades de Cachoeiro
- 22 CCEE de Guaiçú
- 23 Santa Casa de Iúna
- 24 Santa Casa de Jesus Maria José
- 25 Hospital Padre Olívio
- 26 Santa Casa de Guaiçú
- 27 Casa de Caridade São José
- 28 Hospital Evangélico de Cachoeiro do Itapemirim
- 29 Santa Casa de Cachoeiro do Itapemirim
- 30 Hospital Francisco de Assis Cachoeiro
- 31 Hospital Maternidade Danilo M. Castro
- 32 Movimento de Educação Promocional do ES
- 33 HECI Itapemirim
- 34 Hospital Apóstolo Pedro
- 35 Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Conceição
- 36 Hospital Materno Infantil Menino Jesus
- 37 Hospital Municipal Dr. Andrea Canzian Lopes
- 38 Hospital Martagão Gesteira
- 39 Hospital Unimed
- 40 Clínica de Repouso Santa Izabel



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



Obs.: Constam 110 estabelecimentos de saúde, pois incluem-se os CRE's, Unidades Cuidar, CREFES

Essa rede hospitalar totaliza uma oferta 8.087 leitos aos capixabas, destes 6.344 (78%) são disponibilizados ao SUS. Ao se analisar a distribuição dos leitos nas Regiões de Saúde do estado, observa-se, conforme Quadro II, concentração dos leitos, assim como do número de hospitais, na região metropolitana tanto do total (4.743 leitos ou 59%), quanto daqueles disponibilizados ao SUS (3.400 leitos ou 54%). A Região Sul é a segunda em números de leitos, seguida da Região Central e a Região Norte com o menor número de leitos.

Encontramos 474 leitos cadastrados no CNES, no entanto não se configuram em leitos hospitalares, vez que estão localizados em estabelecimentos de tipo clínica especializada e unidade mista de internação, além de algumas clínicas que estão cadastrados indevidamente como hospital geral e especializado, carecendo de atualização.

Quadro 6: Número de leitos hospitalares totais e disponibilizados ao SUS, por região de saúde do Espírito Santo - 2016

REGIÃO DE SAÚDE	SUS				NÃO SUS				TOTAL	
	Nº leitos	%	Nº hospitais	%	Nº leitos	%	Nº hospitais	%	Nº leitos	Nº hospitais
Metropolitana	3.400	54	32	43	1.343	77	14	67	4.743	46
Sul	1.394	22	21	28	86	5	1	5	1.480	22
Central	952	15	11	15	181	10	4	19	1.133	15
Norte	598	9	10	14	133	8	2	10	731	12
TOTAL	6.344	78	74	-	1.743	22	21	-	8.087	95

Fonte: MS/CNES – 2016.

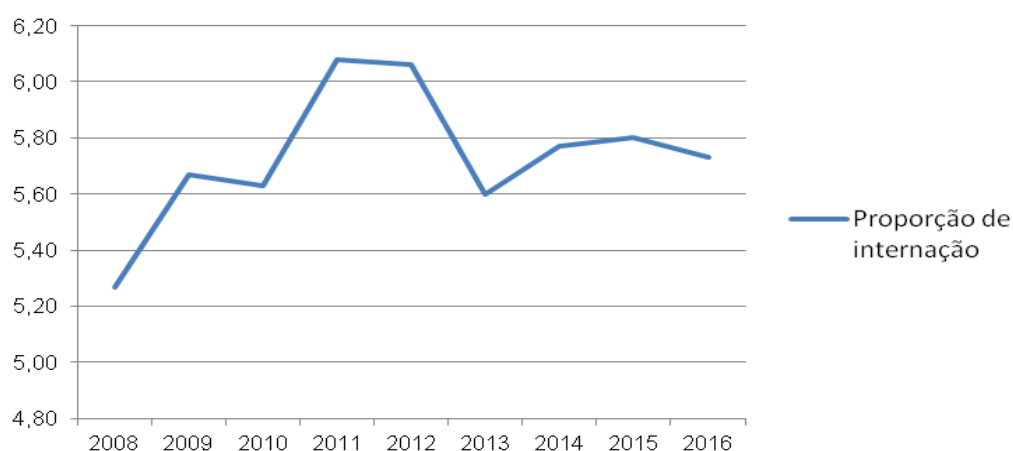
Ao se fazer a estratificação do porte verifica-se que dos 74 hospitais que disponibilizam leitos ao SUS, 20 são hospitais com mais de 100 leitos, 25 tem até 100 e mais de 50 leitos, e 29 configuram-se como hospitais de pequeno porte por possuírem até 50 leitos. Esses hospitais de pequeno porte – HPP, juntos representam 957 leitos, com vocação para as quatro clínicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e cirúrgica. Em sua maioria, 49% dos leitos (469) são hospitais filantrópicos, 31% ou 293 leitos estão em hospitais municipais, 114 estão em hospitais privados (12%) e os demais 81 leitos pertencem à rede estadual, em sua maioria apresentam necessidade de terem sua resolutividade ampliada, pois agregam pouca tecnologia.

Avaliando os atendimentos realizados no SUS verifica-se que o número (percentual) de internações em geral da população por município de residência do Espírito Santo variaram, em 2016, entre 1,88% a 14,23% no conjunto dos 78 municípios. O

percentual estadual variou de 5,27 em 2008 a 5,73. Analisando os dados do gráfico 55 verifica-se que no Estado, entre 2008 (5,27) e 2011 (6,08), o percentual de internação apresentou crescimento e logo a seguir apresentou uma queda significativa em 2013 (5,60) e voltou a subir nos anos seguintes.

Destacamos que essa análise possui limitações visto que se restringem às internações realizadas e financiadas pelo SUS (dados do SIH) e serve para estimar a utilização de internações pelos residentes no Espírito Santo, de acordo com aqueles que chegaram a usar algum hospital pertencente à rede SUS do ES (não há informação da rede particular e convênios privados). Há, também, a possibilidade de subnotificação do número de internações realizadas em hospitais públicos financiados por transferência direta de recursos e não por produção de serviços (como é o caso dos hospitais geridos por organizações sociais).

Gráfico 55: Evolução do percentual de internação da população residente no Espírito Santo na rede SUS – 2008 a 2016



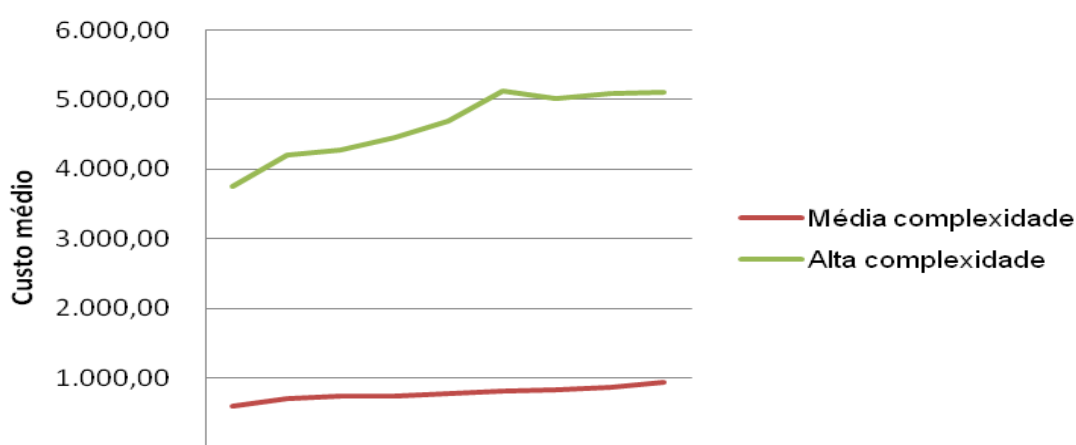
Fonte: SESAS.I.H.

Ao analisar as internações no Espírito Santo, verificamos altos percentuais de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial Básica, que variou entre 8,8% e 59,2% no ano de 2016. No que tange a complexidade das internações, verifica-se que 92% do total são procedimentos de média complexidade e 8% de alta complexidade.

Em relação a variação do custo médio dos procedimentos realizados nas internações, observa-se incremento significativo na alta complexidade a partir do ano de 2012. Ao

se estratificar, verifica-se que o custo médio das internações em transplante sofreu aumento de 49% a partir de 2012, comparando-se com o ano anterior e, de 29% em 2013. Em valores passou de R\$ 6.945,31 em 2008 para R\$ 12.620,12 em 2013. Em especial essa situação deve-se ao aumento nos quantitativos de procedimentos de 0505010097 - Transplante de córnea que apresentou aumento de 288% em 2015, se comparado ao produzido em 2008.

Gráfico 56: Custo médio das internações no Espírito Santo na rede SUS, por complexidade – 2008 a 2016



Fonte: SESA/S.I.H.

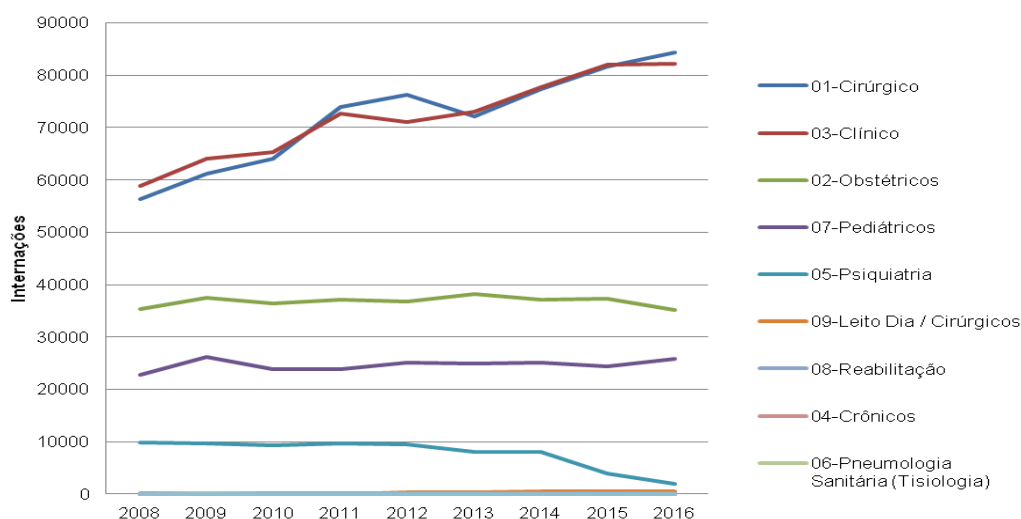
O gráfico 37 traz a evolução do custo médio das internações de média e alta complexidade. A média complexidade nos anos analisados sofreu significativa alteração, ficando em R\$ 591,65 em 2008 e chegando a R\$ 868,29 em 2015. Já a alta complexidade variou de R\$ 3.760,01 em 2008 e atingindo R\$ 5.095,18 em 2015.

Ao analisar as internações (quantitativamente) por tipo de leito hospitalar, verifica-se que 32,66% ocorreram em leitos cirúrgicos, 33,65% em clinico, 17,22% em obstétricos, 11,54% em pediátricos, 3,64% em psiquiátricos e 0,28 nos demais (leito/dia cirúrgico, reabilitação, crônicos, fisiologia, leito/dia AIDS e intercorrência pós-transplante).

Quanto ao aspecto financeiro pelo valor gasto para custear as internações com recursos federais (faturamento), esses percentuais sofrem alteração para: leitos cirúrgicos 51,55%, 23,34% em clinico, 9,77% em obstétricos, 12,08% em pediátricos, 3,02% em psiquiátricos e 0,25% nos demais tipos.

Observa-se uma elevação nas internações clínicas e cirúrgicas a partir de 2012, conforme gráfico 38. Já as internações psiquiátricas apresentaram decréscimo. Grande parte disso, em virtude do fechamento de leitos psiquiátricos por definição da política nacional. Em especial os leitos do Hospital Adauto Botelho (Região Metropolitana) e da Clínica de Repouso Santa Izabel (Região Sul). Em termos financeiros essa redução representou um decréscimo de 49% dos recursos destinados às internações psiquiátricas que migraram para a atenção ambulatorial.

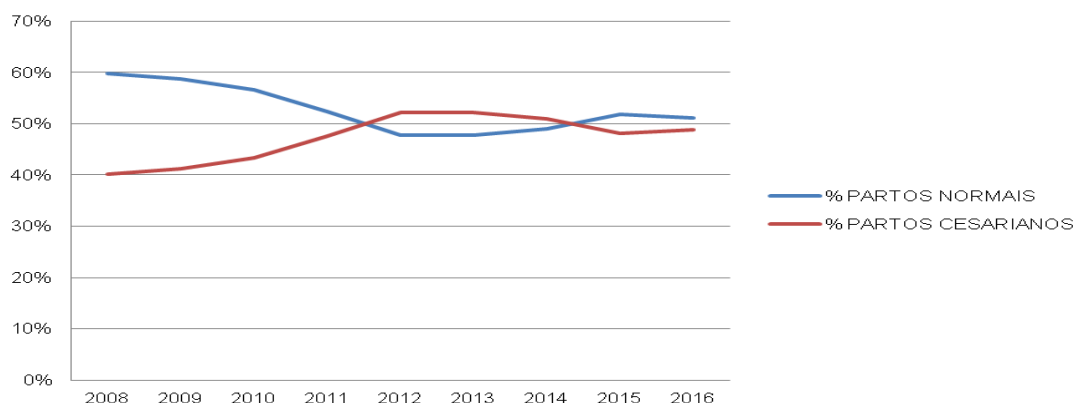
Gráfico 57: Evolução das internações, por tipo de leito, no Espírito Santo na rede SUS – 2008 a 2016.



Fonte: SESA/S.I.H.

A atenção obstétrica apresentou uma pequena redução, em torno de 8% se levarmos em consideração a maior produção ocorrida em 2013, comparada a 2016. Esse tipo de assistência se constitui de procedimentos partos (normal e cesáreo, sendo no total 87% de todos os atendimentos dessa natureza) e outros relacionados à atenção ao parto. Ao se observar os tipos de partos, verifica-se que houve um estreitamento na proporção entre partos normais e cesarianos. Em 2008 havia uma proporção 60/40% sendo majoritariamente normais, para uma proporção 52/48 em 2015, conforme gráfico.

Gráfico 58: Proporção entre partos normais e cesareos, no Espírito Santo na rede SUS – 2008 a 2016

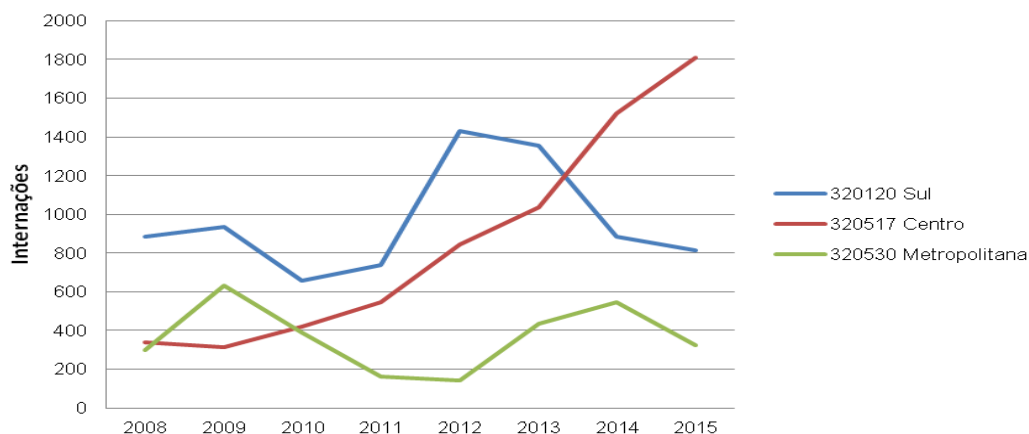


Fonte: TABWIN/S.I.H.

Analisando a complexidade da assistência obstétrica, em 2008, 5% do total de partos e cesarianas foram para atendimento à gestação de alto risco e em 2015 representou 9% de todos os tipos de partos.

Em relação à distribuição da atenção obstétrica nas regiões do Estado, verifica-se que 55% de toda assistência obstétrica é atendida na Região Metropolitana, 17% na Região Sul, 16% na Região Central e 11% na Região Norte. Essa distribuição, se estratificarmos os atendimentos de alto risco na evolução dos anos estudados, demonstra que a região central teve expressivo crescimento.

Gráfico 59: Evolução das internações obstétricas de alto risco nas Regiões de Saúde do ES na rede SUS – 2008 a 2015

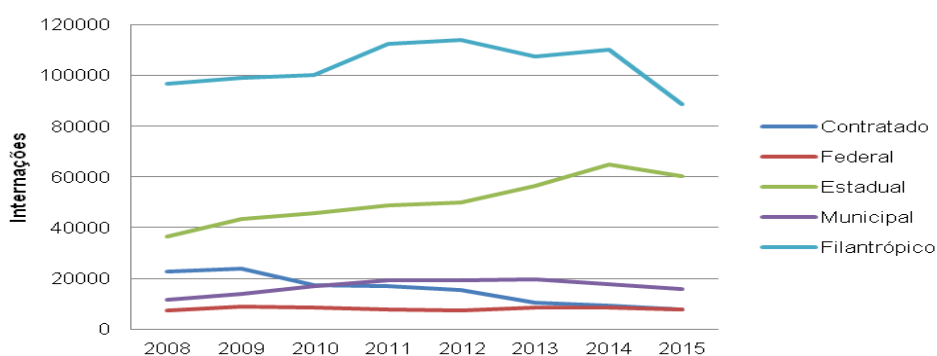


Fonte: TABWIN/S.I.H.

O crescimento da região central ocorreu especificamente no Hospital e Maternidade São José (CNES2448521), com significativo aumento de 86% dos quantitativos de partos realizados a partir de 2013 e, mantendo a ampliação constante nos anos seguintes em média 70% a cada ano.

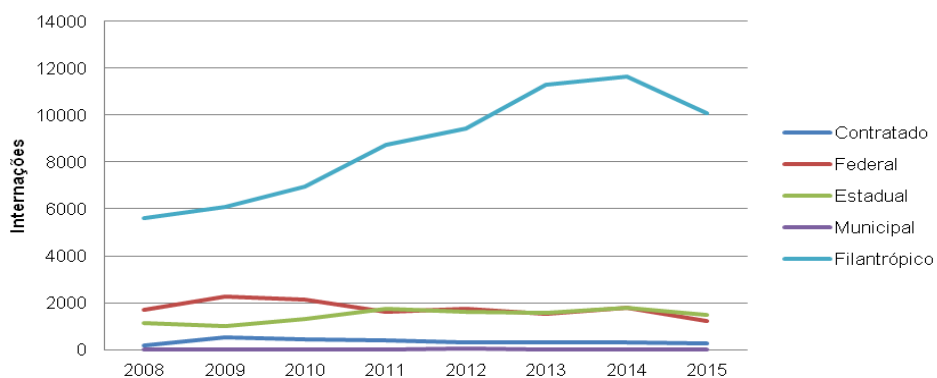
Ao se estratificar as internações por complexidade, nota-se que a média mantém uma distribuição por tipo de prestador que acompanha a curva de todas as internações. No entanto, na alta complexidade observa-se atuação da rede filantrópica massivamente, ficando a rede pública federal e estadual com pouca participação nesse tipo de assistência, conforme gráficos XV e XVI.

Gráfico 60: Evolução das internações de média complexidade, por tipo de prestador na rede SUS – ES - 2008 a 2015



Fonte: SESA/S.I.H.

Gráfico 61: Evolução das internações de alta complexidade, por tipo de prestador na rede SUS – ES - 2008 a 2015



Fonte: SESA/S.I.H.

Ao analisar-se todas as internações identificando o tipo de prestador que realizou a internação da população do Estado, verifica-se que, majoritariamente, houve atuação da rede filantrópica, seguido da rede estadual, onde é possível identificar que houve um decréscimo de produção de internações de 2014 para 2015. O hospital federal manteve uma produção de internações constante, sem alteração em seu quantitativo nos anos analisados, ficando em média com 4% de todas as internações realizadas no Estado.

A Assistência Farmacêutica apresenta-se como uma área estratégica para os sistemas de saúde, na medida em que o medicamento representa uma das principais ferramentas de intervenção sobre grande parte das doenças e agravos que acometem a população.

A Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo, publicada em 2007 por meio do Decreto nº. 1956-R tem como objetivo garantir à população capixaba o acesso equânime a medicamentos essenciais e especializados de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde, cuidando de promover o seu uso racional e a humanização do atendimento prestado aos seus usuários.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS, sendo sua principal característica a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas no CEAF. No sentido estrito do tratamento medicamentoso no âmbito da Assistência Farmacêutica, o Componente Especializado se relaciona diretamente com o Componente Básico, visto que o tratamento de muitas doenças contempladas no CEAF deve ser iniciado na atenção básica.

O acesso aos medicamentos do CEAF, de acordo com as normas previstas na Portaria ministerial nº 1554/2013, se dá através das Farmácias Cidadãs Estaduais, que constituem um novo modelo em farmácia pública, com ênfase na humanização e presença permanente de farmacêuticos na dispensação.

Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) são financiados pelas três esferas de gestão, adquiridos pelos municípios e dispensados nas farmácias das Unidades de Saúde e farmácias cidadãs municipais dos 78 municípios do Estado.

A aquisição dos medicamentos básicos, como qualquer outra compra pública, deve ser realizada por meio de licitação, obedecendo a Lei Federal nº. 8.666/93. Por se tratar de medicamentos, também deve ser considerada a Portaria/MS nº. 3765/98, que determina mais uma série de documentos que devem ser exigidos nas aquisições deste tipo de produto. Considerando todos os trâmites que devem ser seguidos em um processo licitatório, a aquisição é demorada e comumente ocorrem falhas que atrasam ainda mais o processo.

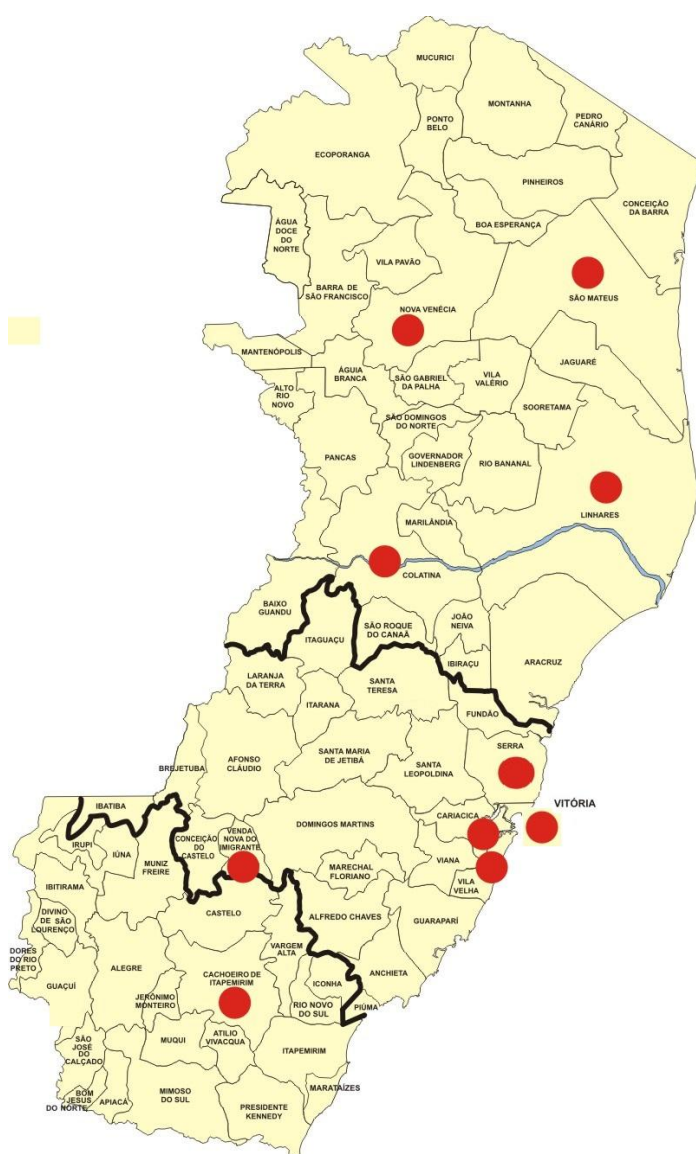
A Secretaria Estadual de Saúde, objetivando contribuir para a melhoria da otimização dos recursos financeiros destinados à Assistência Farmacêutica no Estado do Espírito Santo, propôs a implantação de um Sistema Estadual de Registro de Preços – SERP para utilização pelos municípios na aquisição de medicamentos para a atenção básica, cujo objetivo é contribuir para reduzir a burocracia local, melhorar a eficiência dos gastos públicos com medicamentos e promover a consequente melhoria da disponibilização de medicamentos pelas prefeituras, com maior agilidade, continuidade no abastecimento e, portanto, promover a melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS.

Os medicamentos do Componente Estratégico são aqueles utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e possuam impacto socioeconômico. A aquisição é de responsabilidade do Ministério da Saúde e seu fornecimento de responsabilidade dos municípios por meio dos programas e farmácias. O tratamento de algumas doenças como AIDS, malária, esquistossomose, hanseníase e tuberculose é feito por meio de centros de referência ou programas específicos.

Fórmulas nutricionais são dispensadas, nas farmácias cidadãs estaduais, aos usuários que atendem aos critérios de uso e dispensação na Portaria Estadual 054-R de 28/04/2010, perante avaliação técnica das nutricionistas da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica. São oito fórmulas padronizadas que assistem pacientes em uso de sonda de longa permanência, crianças com alergia ao leite de vaca e desnutridas. Além disso, compete ao setor de nutrição da GEAF a aquisição das fórmulas, a atualização de protocolo, a construção e a avaliação dos indicadores, a formulação de defesa de mandados judicial referente às fórmulas nutricionais e a promoção de educação continuada aos profissionais assistentes prescritores a fim de proporcionar aproximação com os profissionais e como consequência racionalizar o uso das fórmulas disponíveis e melhorar a assistência ao usuário.

A Assistência Farmacêutica encontra-se estruturada da seguinte forma: Região Norte: Possui 2 farmácias cidadãs estaduais e 3 municipais (Nova Venécia, Água Doce do Norte, Pinheiros); Região Central: Possui 2 farmácias cidadãs estaduais e 3 municipais (Baixo Guandu, Ibirapu, Água Branca, Região Metropolitana: Possui 5 farmácias cidadãs estaduais e 2 municipais (Brejetuba, Vila Velha), Região Sul: Possui 1 farmácia cidadã estadual e 4 municipais (Irupi, Muniz Freire, Atílio Vivacqua, Castelo).

Figura 22: farmácias cidadãs estaduais



Fonte: SESA/GEAF

Em relação aos medicamentos, foram disponibilizadas informações sobre a padronização em listas oficiais (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e Relação Estadual de Medicamentos Essenciais - REMEME), indicações clínicas e possíveis substitutos terapêuticos. Ressalta-se que, inicialmente, foram disponibilizados subsídios para os medicamentos que possuem maiores demanda judicial, no entanto, o painel permite inserir e atualizar constantemente esses dados.

A Relação Estadual de Medicamentos é composta pela Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) adaptada ao perfil epidemiológico do Estado e pela Lista Estadual Complementar (LEC), a qual é atualizada pela Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica. A aquisição e gestão de estoque dos medicamentos no Componente Especializado, Fibrose Cística, Fórmulas Nutricionais e outros são realizadas pelo Núcleo de Armazenamento, Controle e Distribuição, sendo este espaço físico inadequado e insuficiente para atender às exigências técnicas e sanitárias vigentes.

Está em fase de implantação da Central de aquisição e logística integrada de armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos de saúde, como projeto estratégico do governo, no qual está previsto a gestão de estoque de medicamentos e insumos para GEAF e hospitais estaduais.

O Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabeleceu que a PPI fosse substituída pela Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde – PGASS. Esta não será uma mera substituição, mas sim uma mudança importante na forma de programação, que não mais será individualizada por município, mas será desenvolvida por todos os municípios em uma Região de Saúde o que significa dizer que ao invés de 78 programações municipais individuais, o Espírito Santo terá, com a participação de todos os municípios, 4 PGASS coincidindo com o número de Regiões de Saúde.

No Espírito Santo a primeira Programação Pactuada e Integrada teve seu início no ano de 1999 e foi finalizada em 2000, sendo, portanto a Programação da Atenção à Saúde da NOB-96. Sua elaboração se deu de forma centralizada na SESA e sem um sistema informatizado que fosse capaz de alocar as metas físicas e financeiras por município.

Em 2003 foi formalizada a primeira programação assistencial com a participação municipal. Essa programação referia-se à NOAS e seus critérios operacionais. Em 2005 esta programação passou por uma pequena reprogramação envolvendo alguns

procedimentos específicos. Portanto de 2003 até 2010 a programação assistencial foi apenas atualizada financeiramente. Para algumas portarias específicas publicadas pelo Ministério da Saúde que requeriam pactos para a distribuição de recursos, a proposta era apreciada e aprovada pela CIB e os recursos acrescidos dos “tetos financeiros” dos municípios, entretanto não passavam por um processo de (re)programação.

Em 2011 foi elaborada a PPI do Pacto pela Saúde vigente até os dias atuais em seus critérios e parâmetros, entretanto em 2012 foi realizada a primeira reprogramação geral compatibilizando a novas regras de programação da Ação Estratégica Saúde da Mulher/Rede Cegonha. Em 2013 foram feitas duas reprogramações, sendo uma delas solicitada pelas quatro Regiões de Saúde com vistas à formalização dos COAPSS. Nos intervalos entre as programações anuais, que passaram a fazer parte da agenda do SUS estadual, são feitos remanejamentos sistematicamente sempre que os municípios e/ou a secretaria estadual identificam esta necessidade, na lógica da PPI viva. Embora até o momento no Brasil a PPI tenha se restringido a recursos federais de custeio, no Espírito Santo englobou recursos próprios do Estado e dos 78 municípios.

Para o desenvolvimento da PPI¹¹ no Espírito Santo observa-se o cuidado de utilizar todos os instrumentos de planejamento e gestão já disponíveis, adaptando-os à necessidade da programação assistencial, ou seja, não foram descartados os instrumentos que haviam sido previamente construídos com a participação efetiva do conjunto de municípios capixabas.

Inicialmente foi revisitado o Projeto de Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde - APS, cujo Plano Diretor da APS era um dos sete eixos estruturantes desse nível de atenção, que teve início das suas atividades no ano de 2008 e finalizados as oficinas pedagógicas dirigidas aos municípios envolvendo todos os 78 municípios em 2010.

¹¹Com a rede complementar ao SUS, os fluxos assistenciais das diferentes populações municipais no interior das redes temáticas de atenção à saúde, bem como os limites financeiros destinados a cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. Integra, portanto, o planejamento em saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as já mencionadas diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: Planos de Saúde - PS, Planos Plurianuais de Saúde - PPA, Leis Orçamentárias Anuais - LOA e Programações Anuais de Saúde - PAS, Programação das Ações de Vigilância em Saúde, dentre outros.

Esta metodologia preconizava efetivamente oportunizar o desenvolvimento do planejamento ascendente, a partir da realidade local. Dos 78 municípios, 14 ainda não haviam consolidado suas programações à época (2011) e 10 optaram por não aplicar a metodologia do Plano Diretor da APS ou não se manifestaram. Além das quinze Áreas Estratégicas constantes da Portaria MS/GM n. 1.097/06, o Estado inseriu mais cinco áreas estratégicas: Vigilância em Saúde, Práticas Integrativas, Saúde do Homem, Neoplasias em Geral e Violências.

Para as tecnologias de média complexidade se utilizou os parâmetros assistenciais e de cobertura avaliados e redefinidos pelas equipes técnicas da SESA e COSEMS e, na impossibilidade de se identificar parâmetros claros, foram utilizados dados da produção de serviços a partir de uma série histórica temporal de cinco anos. A programação da alta complexidade e custos foi desenvolvido um trabalho técnico tendo por base o referencial estabelecido pelo Ministério da Saúde em portarias específicas que também foram apreciados por câmaras técnicas, com aprovação pelo COSEMS em assembleia e posteriormente pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Ao final da alimentação da base estadual foi constatado que as necessidades apontadas pelos parâmetros não seriam possíveis de serem contempladas na programação assistencial por insuficiência desses recursos. Assim, constatou-se, a partir dos parâmetros definidos, um déficit de recursos de aproximadamente 222 milhões de reais. O fato que motivou esta metodologia foi a necessidade de tornar a programação assistencial em uma PPI Viva, que poderia vir a ser ajustada em função da necessidade social, principalmente porque a PPI estava estagnada em sua programação há 7 anos, sendo apenas atualizada monetariamente. No ano de 2014 foi pactuado com o COSEMS que não realizaríamos a reprogramação anual, pois o software da PGASS seria disponibilizado no mês de março de 2015.

A PGASS fundamenta-se no processo de conformação da Rede de Atenção à Saúde, constituída por diferentes redes temáticas prioritárias de âmbito nacional, bem como de redes estratégicas locais, que tanto podem ser de âmbito estadual quanto regional. A PGASS não se constitui em um processo isolado e apenas uma substituição da PPI vigente. Ela pressupõe um processo anterior de definição de diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde, dos três entes federados bem como os Planos de Ação das Redes Temáticas Nacionais e/ou locais. As macroações a serem desenvolvidas pela PGASS são a definição da Relação das Ações e Serviços de Saúde a serem

ofertados na Região de Saúde; a definição dos investimentos e a pactuação das referências.

Outra grande diferença que a PGASS trará será a programação a partir da modelagem das redes temáticas da atenção à saúde representando as prioridades nacionais: Rede de Atenção às Urgências - RUE, Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Rede Cegonha, Rede de Atenção aos Pacientes com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiências.

O processo de programação assistencial, passará por mudanças estratégicas em relação ao atual, uma vez que o mesmo fortalece a regionalização estabelecida na Constituição Federal, seguida pela NOAS e aprimorada pelo Pacto de Saúde. O Decreto ao estabelecer o Planejamento Regional Integrado, pressupõe que este seja ascendente, a partir dos municípios e seus Planos Municipais de Saúde, guardadas as especificidades locais e agregando ações e serviços de saúde naquilo que for comum aos municípios.

A semelhança do processo de desenvolvimento da PPI vigente, para a elaboração da PGASS serão considerados todos os instrumentos de planejamento e gestão existentes na SESA e municípios e suas atualizações, além das orientações originadas do Espaço de Planejamento Regional.

A definição de **parâmetros assistenciais** tem sido um grande desafio para os planejadores, uma vez que estudos científicos (medicina baseada em evidências), não foram efetivamente desenvolvidos pelo SUS até o presente momento.

Os parâmetros que vêm sendo aplicados foram estabelecidos tendo por base as séries temporais da oferta e da produção assistencial que apresenta vieses seja por influência da demanda reprimida que nivela estes parâmetros por baixo, seja por excesso de uso das tecnologias que nivela estes parâmetros para cima.

Três tentativas de âmbito nacional foram estabelecidas, a primeira por meio das portarias MPAS nº 3046, de 20 julho de 1982 e teve grande influencia nos primórdios do SUS e a segunda por meio da Portaria GM/MS nº 1101, de 12 de junho de 2002.

Com a edição do Pacto pela Saúde foi introduzida uma terceira série de parâmetros para o calculo de necessidades de saúde para a realização da Programação Pactuada e Integrada com base em recomendações das áreas técnicas do Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1097, de 22 de maio de 2006, que não considerou

evidências científicas internacionais ou nacionais que permitissem a definição de parâmetros mais condizentes com a realidade brasileira.

Há necessidade, num processo de planejamento, da definição de critérios assistenciais (concentrações e coberturas) para a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, por localização geográfica e suas populações, ou seja, critérios e parâmetros capazes de minimamente propiciarem uma aproximação da métrica para atender às necessidades da população. Estas metas físicas para atendimento da população corresponderão à identificação dos recursos financeiros necessários para o custeio a ser fixado na PGASS. A PGASS disporá de uma funcionalidade capaz de registrar todos os recursos necessários para a atenção integral às necessidades identificadas no processo de planejamento e programação, em face da insuficiência dos recursos financeiros para atender a toda a demanda. Isto permitirá a elaboração de um Plano de Investimentos a médio e longo prazos para a cobertura das necessidades identificadas de provisão de ações e serviços de saúde.

Em 01 de outubro de 2015 a Portaria GM/MS nº 1.631, que com base em métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população, aprova os critérios e parâmetros para o planejamento e programação das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Estabelece parâmetros por área temática e coletânea de normas, critérios e parâmetros vigentes e com caráter normativo para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde que constam em políticas já regulamentadas pelo Ministério da saúde.

Segundo a Portaria GM MS Nº 1631/2015:

“As necessidades de saúde devem ser o grande balizador para a reorganização dos modelos de atenção e dos sistemas municipais e regionais de saúde, e sua estimativa deve desafiar permanentemente os gestores, conselhos e trabalhadores da saúde, entidades representativas, dos profissionais e dos doentes, e a sociedade civil em geral, na construção de progressivos consensos sobre a organização dos sistemas de saúde e dos serviços que ele deve prover”.

A portaria segue afirmando que a revisão realizada sistematizou os achados científicos e desenvolveu as metodologias e modelos matemáticos que orientaram as propostas, validadas internamente no Ministério da Saúde e por sugestões recebidas em decorrência da Consulta Pública MS/SAS nº 06/2014.

Visando o conhecimento do volume de oferta de ações e serviços de saúde, foram elaboradas planilhas padrão para o levantamento por município e consolidação por região, de tudo o que é ofertado pelos serviços próprios municipais, contratualização das entidades filantrópicas, contratação por meio de processos licitatórios, contratação por meio de contratos de rateio junto aos consórcios públicos e outros instrumentos similares. O mesmo levantamento será realizado junto aos serviços próprios estaduais, a rede complementar contratualizada, bem como junto aos prestadores que mantém relação com SUS ainda que sem vínculo formal.

Este volume de oferta levantado, que representará dados de realidade, será comparado ao volume de necessidades decorrentes dos parâmetros assistenciais da Portaria GM/MS n. 1631/2015 e pactuados pelas instancias gestoras, baseados preferencialmente em evidencias científicas. Definirá aproximações com o volume que seria necessário para o controle de condições de saúde específicas e para o atendimento as necessidade de saúde, ainda que as coberturas populacionais sejam alcançadas gradualmente pelo já referido processo de planejamento e investimento de médio e longo prazo.

Os parâmetros ora propostos, sujeitos às críticas e modificações, a serem utilizados na construção da PGASS são:

- a. Parâmetros existentes, construídos regionalmente a partir de diagnóstico/realidade local;
- b. Parâmetros constantes da Portaria GM/MS n. 1.631/2015;
- c. Parâmetros das portarias que estabelecem as Redes de Atenção Prioritárias Nacionais;
- d. Parâmetros das portarias específicas da alta complexidade ambulatorial e hospitalar estabelecidos pelo MS;
- e. Parâmetros sugeridos pelas Sociedades de Especialistas que não estejam contemplados em nenhuma das portarias anteriores;
- f. Parâmetros estabelecidos pelo Plano de Ação da Vigilância em Saúde;
- g. Parâmetros estabelecidos pela Política Nacional e Estadual de Assistência Farmacêutica (que pela primeira vez fará parte da programação assistencial);
- h. Parâmetros originados da Regulação do Acesso de Consultas e Exames Especializados;

- i. Parâmetros originados da Regulação do Acesso de Internações Hospitalares;
- j. Dados de demanda reprimida originados do Portal da Transparência para a gestão de fila de espera;
- k. Indicadores construídos a partir de séries históricas temporais da produção para procedimentos não vinculados a nenhuma rede de atenção e não contemplados nos itens acima;
- l. Procedimentos ofertados pela SESA, entretanto não pertencentes à Tabela de Procedimentos, Órteses e Próteses e Medicamentos Especiais do SUS;
- m. Volume de oferta de tecnologias assistenciais levantado junto à rede estatal e complementar ao SUS;
- n. Composição tripartite dos recursos do SUS: federal, estadual e municipais;
- o. Dados originados do censo da rede hospitalar estadual, independentemente de sua natureza (desenvolvido pelo processo de Formação em Ação);
- p. Volume de oferta de tecnologias assistenciais levantado junto aos consórcios intermunicipais de saúde;
- q. Outros que vierem a ser identificados.

O modelo de provisão reforça a conformação de redes de serviços regionalizadas, a partir de diferentes dispositivos de planejamento e programação, incluindo principalmente o Plano de Intervenção Regional, o Plano Estadual de Saúde e os Planos Municipais de Saúde. Pretende-se, com esta programação, garantir, da forma mais justa sob o ponto de vista das necessidades da população, seu acesso a todos os níveis de atenção, com tempo-resposta mediado pelos processos regulatórios de acesso e que sejam capazes de avaliar o risco a que estão expostas as pessoas para dar respostas oportunas às suas demandas. Neste sentido a programação deverá se configurar como um instrumento basilar para a regulação do acesso.

Essa proposta pressupõe a articulação entre as ações e os serviços de saúde, de diversos graus de agregação tecnológica localizados em municípios estratégicos na Região de Saúde, bem como os mecanismos e instrumentos para a definição das referências pactuadas entre os municípios da região a qual estão adscritos, bem como com outros municípios de outras regiões onde estes serviços de referência estadual estejam localizados.

A programação assistencial deverá procurar integrar as várias áreas de atenção à saúde: a assistência clínica individual, a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica e em coerência com o processo global de planejamento da SESA, considerando as diretrizes expressas nos planos de saúde estadual, regional e municipais de tal forma a responder de forma mais integral às necessidades da população. Essa integração deverá se dar no que diz respeito à análise da situação de saúde, identificação e estimativa de necessidades da população a partir da definição das prioridades regionais, volume de oferta de serviços existentes e, também, os recursos tecnológicos e financeiros disponíveis.

Uma programação assistencial deve ser capaz de identificar todas as necessidades de provisão, a suficiência dos serviços e, conseqüentemente, os vazios assistenciais e, a partir dessas informações se desenhar um plano de investimentos para ser executado a médios e longos prazos para que gradualmente possa ampliar o atendimento às reais necessidades da população.

Esta proposta de programação para a Região de Saúde reflete determinadas intencionalidades, ou seja, responder prioritariamente as necessidades elencadas nos temas que foram identificados e trabalhados no espaço de planejamento regional e guardar a coerência com as orientações das políticas nacional e estadual de saúde.

A partir da Lei 8.080, o processo de descentralização determina a construção de novas estruturas e modelos executivos baseados na pactuação gerencial, onde a contratualização passa a ser fundamental e orientadora desta relação entre os entes federativos e suas novas funções.

O conceito de contratualização pode ser definido como o processo de formalização da relação entre o gestor municipal e/ou estadual e/ou distrital de saúde e o hospital prestador de serviços, públicos e privados com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento contratual, obedecendo ao disposto na Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP, onde se busca promover a qualificação da assistência e da gestão hospitalar, ampliar o financiamento e induzir a expansão do acesso às ações e serviços de saúde na atenção hospitalar. (BRASIL, 2014)

A contratualização entre a Secretaria de Estado e os hospitais institui um processo inovador de negociação sobre as atividades a serem desenvolvidas pelos hospitais, expressas em um Plano Operativo Anual (POA), os mecanismos de monitoramento e avaliação, os recursos envolvidos e os critérios de repasse, incluindo ainda outras exigências (Lima, Rivera, 2012).

O processo de contratualização no Estado do Espírito Santo iniciou no ano de 2007 e em 2009 foi publicada a Portaria Estadual 96 – R que Instituiu normas e procedimentos operacionais para a celebração de convênios de cooperação entre o Estado e as entidades prestadoras de serviços de saúde privadas sem fins lucrativos e/ou de ensino.

No final do ano de 2013, o Ministério da Saúde publicou em Portaria uma nova Política Nacional de Atenção Hospitalar- PNHOSP, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). As disposições desta portaria se aplicam a todos os hospitais, públicos e privados, que prestam ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Ficou definido que a contratualização faz parte dos eixos estruturantes da PNHOSP onde se estabeleceu as diretrizes para a contratualização de hospitais.

O aperfeiçoamento nessa relação propicia melhoras para o convênio estabelecido e conseqüentemente para um melhor desempenho dos serviços ofertados pelo SUS. Com a contratualização foi possível introduzir uma prática de planejamento e programação das despesas a serem realizadas, tendo em vista o conhecimento prévio do recurso a ser repassado aos hospitais contratualizados no ano e mês.

O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo hábil, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas.

Para Garcia (2001), o monitoramento é um requisito imprescindível para o exercício da avaliação (instrumento de gestão). Quem monitora, avalia, e quem avalia, tem a condição de confirmar ou corrigir um rumo, (re) direcionando suas ações.

Segundo Pisco (2006), a avaliação é um poderoso instrumento de mudança que deve ser visto como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade. As políticas de avaliação e de melhoria da qualidade devem visar produzir mudanças que conduzam à melhoria de qualidade dos cuidados prestados. O objetivo é a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis.

No contexto da qualidade em saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir. Não se trata apenas de conhecer os diversos aspectos de uma determinada situação. Diagnosticar é fundamental, mas é só o primeiro passo, o mais importante vem depois, com base no que foi avaliado, mudar a realidade, procurando o seu

aperfeiçoamento. Um dos principais problemas é que os maiores esforços vão habitualmente para a medição e não para a ação.

A Comissão de Monitoramento e Avaliação instituída para acompanhamento e fiscalização dos Contratos de Gestão relacionados aos Hospitais Estaduais Dr. Benício Tavares Pereira (HEC), Dr. Jayme Santos Neves (HDJSN) e de Urgência e Emergência (HEUE) foi formalmente designada pela Portaria 294-S de 13/07/2015, publicada em 14/07/2015, e pela Portaria 095-S, publicada em 16/03/16, nos termos dos artigos 29, 31 e 32 da Lei Complementar Estadual nº 489, de 22 de julho de 2009 e os artigos 4º, 5º, 6º e 23º do Decreto 2.484-R, de março de 2010.

O processo de Monitoramento econômico-financeiro envolve a análise de: Contratos; Aquisições; Extratos bancários das contas movimentadas pela OSS; Manuais de RH e compras; DMCO; Demonstrações financeiras; Cumprimento do limite de gasto com despesas de pessoal; Pagamentos realizados pela entidade; Acompanhamento da publicação do Relatório da Auditoria externa independente em jornal de grande circulação estadual e DIO; Comprovação da habilitação dos profissionais responsáveis pelas demonstrações financeiras; Comprovação da devolução dos saldos financeiros, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas; Elaboração de relatórios mensais, trimestrais, semestrais e anuais dentre outras atividades.

Ainda em relação a qualificação da gestão, a implantação do Complexo Regulador do Espírito Santo está entre os Projetos Prioritários de Governo. Em janeiro 2016 a SESA Edita o Decreto Nº3932-R, que faz algumas modificações na estrutura da SESA, incluindo a instituição do Complexo Regulador do Espírito Santo, com o objetivo de agregar em uma estrutura institucional as diversas Centrais de Regulação existentes e funcionando de forma fragmentada e sem comunicação entre si, visando potencializar a função Regulação no Estado.

O Complexo Regulador do Espírito Santo hoje, está composto de 5 Centrais de Regulação, ainda atuando de forma fragmentada e em espaços diferentes, com pouca comunicação entre elas.

A Central Estadual de Regulação de Leitos é responsável por definir o acesso do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) para um serviço de referência de acordo com a patologia informada pelo médico assistente. O principal objetivo é garantir o acesso dos usuários as ações e serviços de saúde mais adequados e oportunos, com base nos protocolos clínicos e perfil de cada serviço. Permite a regulação dos leitos

hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, conveniados e credenciados.

Conforme definido pela SESA o Estado terá apenas uma Central de Regulação para leitos eletivos e de urgência e emergência.

A Central de Regulação de Internação de Urgência – CRIU inicia em 2009 a implantação de um software de regulação on line que vincula as unidades solicitantes e executantes, inicialmente os hospitais próprios, os Pronto Atendimentos e em seguida os hospitais contratualizados filantrópicos, hoje já abrange hospitais de pequeno porte, unidades municipais e hospital federal de ensino. A CRIU opera de forma virtual, através de fax com alguns serviços do interior que ainda não acessa o sistema on line, principalmente da Região Central e Norte do Estado.

As Centrais de Regulação consultas e exames especializados serão mantidos, como integrantes do Complexo Regulador, e irão disponibilizar a oferta Regional no Norte, na Região Central e no Sul, e a Central de Regulação da Região Metropolitana terá caráter Estadual, uma vez que esta Região de Saúde detém 70% dos recursos assistenciais disponíveis no Estado, e todos os municípios tem referência para esta Região. Assim, todos os municípios serão solicitantes de sua própria Região e da Metropolitana, e os municípios da Região Norte, que devido ao grande vazio assistencial, tem seu acesso já com fluxo definido para Região Central, será solicitante em sua Região, na Região Central e na Região Metropolitana.

A normatização de transplante de órgãos no ES ocorreu com a aprovação da Lei n.º 4.444 em 1990 e pela Portaria n.º 072 de 14/01/1992 que cria a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Espírito Santo (CNCDO/ES) com o objetivo principal de atender a população capixaba no que diz respeito à doação, captação, distribuição e transplante de órgãos e tecidos humanos. Com esse propósito, a coordenação de transplantes do ES registra e organiza informações, por meio de cadastros de receptores e doadores, de estabelecimentos de saúde, de equipes, de profissionais, entre outros, funciona em regime de plantão 24h, nos 7 dias da semana.

O cadastro único estadual/nacional de receptores que esperam por transplante registrou 1047 pacientes ativos para receber órgãos e tecidos em dezembro 2015, conforme demonstrado abaixo:

Quadro 7 : Número de pacientes no cadastro único de receptores do ES em dezembro de 2015

Lista de espera em 18/12/2015		
TECIDO E ÓRGÃO	ATIVO	SEMI-ATIVO
Coração	06	04
Córnea	103	31
Fígado	41	14
Rim	897	185
TOTAL	1047	234

Fonte: SESA/ES

Em relação aos estabelecimentos de saúde cadastrados para atendimento em transplantes de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), a rede conta com serviços transplantadores de órgãos e tecidos (Quadro 8), todos localizados na região Metropolitana. São unidades de natureza privada e filantrópica tanto para atendimento hospitalar quanto ambulatoriais. Todas as unidades vinculadas ao SUS, cadastradas para realização de transplantes, estão também cadastradas para captação de órgãos e tecidos.

Quadro 8: Número de Estabelecimentos credenciados para Transplantes ES, 2015

TECIDO E ÓRGÃO	Estabelecimentos
CORAÇÃO	02
CORNEA	06
ESCLERA	02
FÍGADO	01
MEDULA ÓSSEA	01
OSSOS	01
RIM	02

Fonte: SESA/ES

Além da função de regular o acesso de usuários a transplantes no Espírito Santo, a CNCDO/ES, também, realiza algumas atividades de controle, dentre elas o credenciamento de equipes e estabelecimentos junto ao Ministério da Saúde para a retirada e realização dos transplantes. A cada dois anos há a análise para a renovação desses credenciamentos.

Para fomentar o fortalecimento das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT, o ES editou em 2009 a Portaria 146-R que instituiu a Política Estadual de Estímulo à Doação de Órgãos e Tecidos - Programa "MAIS VIDA", no Estado do Espírito Santo. Dentre os objetivos dessa política está a redução do tempo de espera na fila através do aumento do número de captação de órgãos e tecidos; sanar o déficit existente em relação à tabela SUS na doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos através do incentivo aos estabelecimentos de saúde, as quais serão responsáveis pelo repasse às equipes que desenvolvem o trabalho em prol da doação de órgãos e tecidos e; tornar o Estado do Espírito Santo referência nacional em captação e transplante.

Quanto ao desempenho das funções da CNCDO, além das atividades de controle, a central é responsável pelos treinamentos das CIHDOTT nos hospitais, clínicas de Terapia Renal Substitutiva – TRS, equipes e estabelecimentos transplantadores. E ainda ações de sensibilização quanto a doação de órgãos junto a empresas, faculdades, escolas técnicas e eventos em geral. Ranking Nacional de doadores – 13ª para 9ª posição

Tabela Transplantes de órgãos do ES

Órgão	2015	2016
Córnea	327	329
Rim	80	82
Fígado	28	27
Coração	1	8
Total	436	446

Fonte SESA/CNCDO

Atualmente existem 42 comissões de CIHDOTT em funcionamento nos hospitais do Estado, no entanto, há um relatório com o diagnóstico do funcionamento dessas comissões que identifica precariedade no desempenho das funções, muitas das quais sem efetividade na sensibilização e captação de órgãos.

O programa de **Tratamento Fora do Domicílio – TFD** é responsável por custear o tratamento de pacientes que não detém condições de arcar com as suas despesas, isto é, que dependam exclusivamente da rede pública de saúde, possibilitando-lhes

requisitar junto à Prefeitura ou à Secretaria Estadual de Saúde de onde residem o auxílio financeiro necessário para procederem ao tratamento de saúde. A SESA realiza o custeio com recursos próprios do tesouro estadual e é regulamentado por meio da Portaria 064-R de 13 de maio de 2010.

Em cada uma das superintendências regionais de saúde (Vitória, Colatina, Cachoeiro de Itapemirim e São Mateus) existe um setor que realiza o atendimento do usuário.

Em regra o usuário ou seu representante procura o serviço de TFD nas seguintes situações: após ser referenciado para serviço fora do Estado, já indicado para determinado serviço de referência nacional (pode ser via CERAC ou não); com indicação do médico assistente para busca de prestador fora do Estado sem definição de local de atendimento.

O Estado do Espírito Santo tem tido muita dificuldade na efetivação de uma Política de Regulação que traduza as necessidades do sistema de saúde local. O Plano de Regulação do Estado do Espírito Santo precisa ser redesenhado, em virtude da nova Regionalização (2011), incorporando a nova lógica proposta, com a existência de apenas 1 Central de Internação que deverá gerenciar e regular efetivamente todos os leitos do Estado, tanto para internações de urgência como internações eletivas. Dentro deste planejamento é indispensável a agregação de todas as Centrais de Regulação em um único local, com estrutura adequada ao desenvolvimento da ação regulatória, permitindo uma real integração entre estas e uniformidade de processos de trabalho. Nesta estrutura deverão estar agregados também todas as ações de autorização prévia e Supervisão Hospitalar

FINANCIAMENTO

Referente ao financiamento da Saúde, o ES apresentou, numa série histórica de 04 anos, evolução de 20,14% no gasto total. No ano de 2013, aplicou 15,95%, em 2014, 15,53%, em 2015, 18,99% e em 2016, 18,12% de recursos próprios em ações e serviços de saúde apurados pela metodologia do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, cumprindo a determinação da Emenda Constitucional - EC nº 29/2000 e Lei Complementar nº141/2012.

Quadro 9 - Total Gastos por Fonte / Liquidado

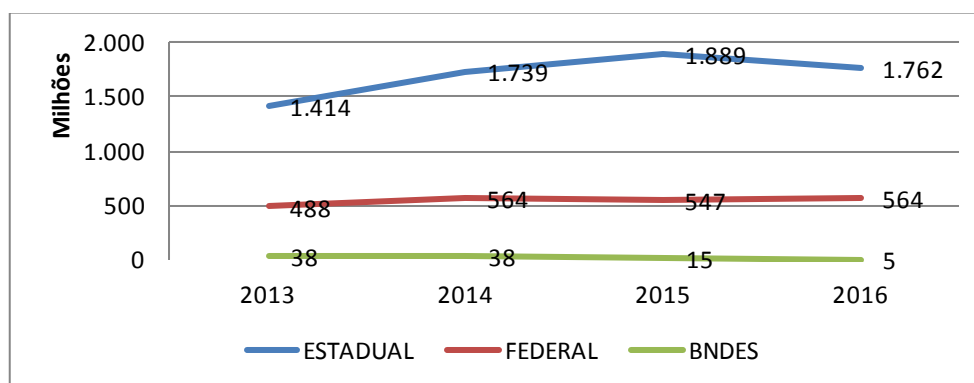
TOTAL GASTOS POR FONTE / LIQUIDADO				
	2013	2014	2015	2016
ESTADUAL	1.413.795.315	1.738.633.779	1.888.781.670	1.761.773.519
FEDERAL	487.839.843	564.247.265	546.840.243	564.247.229
BNDES	38.411.797	38.314.557	14.591.431	4.851.657
TOTAL	1.940.046.954	2.341.195.600	2.450.213.344	2.330.872.404
Aplicação - SIOPS	15,95%	15,53%	18,99%	18,12%

O Espírito Santo no 1º Bimestre de 2016 aplicou 13,61, ficando acima dos estados de Acre com 12,69%, Pará com 11,98%, Rondônia com 10,52%, e Sergipe com 8,46%.

Cabe registrar que a crescente participação da receita própria em saúde, similar ao acontece no âmbito dos municípios, evidencia a gradual redução da participação do ente federal.

Em tempos de crise tributária, impõe-se ainda mais, dentre as medidas de gestão, a busca pela eficiência e efetividade na alocação de recursos, A estruturação da área de economia da saúde na nova gestão já aponta neste caminho.

Gráfico 61: Gastos em Saúde - Por Fonte



Fonte: SEFAZ/SIOPS

Em, 2016 foram aplicados R\$ 2.330.872.404. Deste total, 75,58% (Referente à R\$ 1.761.773.519), são provenientes de recurso estadual e 24,42% (R\$ 569.098.885) são oriundos de recurso federal e de outras fontes.

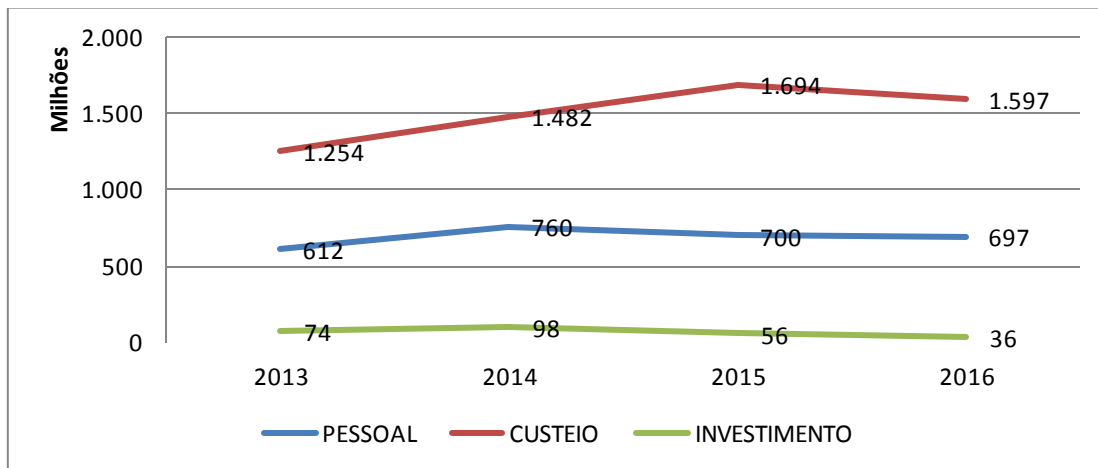
Analisando por Grupo de Despesas, foram aplicado 29,92% em Pessoal e Encargos Sociais comparado com total gasto, 68,52% com Custeio e 1,59% com Investimento (Recurso de Capital).

Em relação ao aumento em 2015 dos gastos com recursos próprios de aproximadamente R\$ 150 milhões, foi decorrente ao aporte que o governo do Estado teve que dispor para complementar as despesas de exercício anteriores referente à contratação de serviços assistenciais.

Quadro 10 - Total Gasto por Grupo de Despesa / Liquidado

TOTAL GASTO POR GRUPO DE DESPESA / LIQUIDADO				
	2013	2014	2015	2016
PESSOAL	611.892.116	760.389.652	699.987.252	697.463.609
CUSTEIO	1.254.262.060	1.482.475.646	1.694.230.054	1.597.254.376
INVESTIMENTO	73.892.778	98.330.302	55.996.037	36.154.419
TOTAL	1.940.046.954	2.341.195.600	2.450.213.344	2.330.872.404

Gráfico 62: Gastos em Saúde - Por Grupo de Despesa



Fonte: SEFAZ/SIOPS

Evidenciamos alguns dos principais gastos com custeio: Contratualização de serviços de Saúde com Hospitais Filantrópicos; Manutenção dos Serviços de Saúde dos Hospitais Próprios sob administração Direta, Manutenção dos Serviços de Saúde das Superintendências Regionais, Manutenção dos Serviços de Saúde dos Hospitais Próprios sob de Organização Social, Aquisição de Medicamentos para atender as Farmácias Cidadãs.

CONTROLE SOCIAL

Os Conselhos de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos compostos por representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Para um controle social cada vez mais eficaz e efetivo, a formulação, a fiscalização e a deliberação das políticas de saúde deverão ser sempre desenvolvidas sob o pilar da democratização, da gestão e da qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Nesta direção, o Conselho Estadual de Saúde, ao longo de sua existência, tem cumprido seu papel de protagonista junto aos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde mobilizando, fortalecendo e qualificando a ação dos atores sociais que atuam nestas instâncias, como também, aprimorando sua estrutura nos termos das resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde.

Mais recentemente, a intensificação do processo de regionalização das ações e serviços de saúde com a consolidação das Comissões Intergestores Regionais exigem que o Conselho Estadual de Saúde estreite sua relação com os Conselhos Municipais ampliando a articulação pela defesa dos interesses dos usuários do SUS.

Também os desafios colocados para os Conselhos de Saúde a partir da Lei Complementar 141 exigem que os conselheiros sejam permanentemente qualificados e preparados para deliberar sobre os mais diversos instrumentos de gestão do SUS e que as estruturas do colegiado sejam ágeis e produtivas.

Assim, a agenda prioritária do Conselho Estadual de Saúde passa pela revisão e aprimoramento da Lei 7964/2004 com vistas a sua adequação à Resolução CNS 453, pelo aprimoramento da legislação que trata organização e funcionamento dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, pelo desenvolvimento de um intenso processo de capacitação dos conselheiros de saúde e pela divulgação de suas ações nos mais diversos veículos de comunicação com vistas a aproximar as instâncias de controle social com a sociedade. Também como competência inerente ao CES, deverão ser realizadas as Conferências Estaduais de Saúde e as etapas estaduais das Conferências Nacionais previstas para este quadriênio.

DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS ESTADUAIS - 2016-2019

DIRETRIZ 01 – ORGANIZAR O SISTEMA DE SERVIÇOS EM UMA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE COMPOSTA POR REDES TEMÁTICAS PARA GARANTIR O ATENDIMENTO OPORTUNO DO USUÁRIO E FORTALECER A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO E A EQUIDADE NO ACESSO, COM FOCO NAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS ESPAÇOS REGIONAIS

OBJETIVO 1.1 – Implementar e/ou implantar as redes temáticas prioritárias nacionais e as redes estratégicas estaduais e regionais, conforme o perfil de necessidade do território.

OBJETIVO 1.2 – Aprimorar a resolutividade da atenção primária em parceria com os municípios, visando a qualificação das práticas e a gestão do cuidado, entendendo-a como parte e ordenadora da rede de atenção à saúde, de forma a assegurar a qualidade dos serviços prestados.

OBJETIVO 1.3 – Garantir o cuidado integral à saúde para toda a população capixaba, em especial para populações vulneráveis e tradicionais, a partir da organização do acesso regulado para as tecnologias da atenção especializada de acordo com as necessidades e prioridades das Regiões de Saúde.

INDICADORES

- Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.
- Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.
- Percentual de leitos de saúde mental implantados
- Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab)
- Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pre-natal.
- Proporção de parto normal
- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária
- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária
- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos
- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência

- Taxa de mortalidade infantil.
- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
- Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
- Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
- Coeficiente de Internação Hospitalar por IAM e AVC
- Taxa de mortalidade de mulheres por causas violentas
- Redução óbitos pelas três principais Neoplasias

METAS:

· Implementar os Planos de Ação das Redes Temáticas: RUE, Rede Materno Infantil e RAPS.
· Reduzir em 5% ao ano, em relação ano base 2015, a mortalidade de mulheres em idade fértil no ES, especialmente por causas evitáveis e/ou parcialmente evitáveis.
· Reduzir a proporção de partos cesáreos em 7% a cada ano.
· Reduzir em 5% a mortalidade infantil, em especial a mortalidade do período neonatal, ocorridas por causas evitáveis até o final de 2019 para alcançar um dígito.
· Organizar o sistema de serviço de saúde para dar respostas qualificadas às crianças com microcefalia e estabelecer um hospital estadual infantil como referência.
· Implantar as diretrizes da política nacional para a primeira infância integrada às redes de atenção.
· Reduzir em até 10% a morbimortalidade de mulheres por violência, através de ações intersetoriais com as demais políticas públicas.
· Implantar até 150 leitos de Atenção Integral de Saúde Mental em hospitais gerais nas 04 Regiões de Saúde.
- Implementar e fortalecer os pontos de atenção da RAPS em conjunto com os municípios e de acordo com o planejamento regional.
· Implantar os Planos de Ação da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Pessoa com Doenças e Agravos Crônicos e suas linhas de cuidado.

· Detectar precocemente o câncer de mama em mulheres e de colo de útero e reduzir os óbitos em 5 % por cada uma das neoplasias.
· Implantar protocolo clínico de diretrizes terapêuticas de doenças raras.
· Modelar a linha de cuidado para os portadores de doença falciforme para o atendimento ambulatorial eletivo e de urgência e emergência hospitalar.
· Implantar a Rede Estratégica Estadual de Saúde Bucal, garantindo atenção ambulatorial especializada integrada com serviços de atenção hospitalar.
· Ampliar no mínimo 2% ao ano a cobertura de saúde bucal na APS a partir da cobertura estadual de 68,74% alcançada no ano de 2015.
· Elaborar e implantar um protocolo clínico de doenças prevalentes em oftalmologia (catarata, glaucoma, retinopatias, tracoma e afins) para subsidiar o diagnóstico precoce e estruturar ações com vistas à promoção, prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação em saúde ocular.
· Restabelecer a Política de Cofinanciamento da Atenção Primária a Saúde (PECAPS) conforme capacidade orçamentária.
· Reduzir em 2% ao ano em cada região, tendo como ano base 2015, as internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).
· Garantir acesso de qualidade e equânime para populações tradicionais e grupos vulneráveis na rede de atenção à saúde, bem como ampliar ações de promoção na atenção primária, respeitando as questões culturais, étnicos raciais e da diversidade sexual.
· Estruturar serviços de referência para atendimento de PICS em cada região de saúde
· Implantar os cinco Centros de Consultas e Exames especializados regionais no estado do Espírito Santo.
· Reestruturar os quatro CRE's, articulando o fluxo assistencial entre eles e Centros de Consultas e Exames Especializados para ampliar a integralidade na atenção.
· Implantar projeto de planificação da APS com vistas a fortalecer seu papel como ordenadora de rede e integrá-la à atenção ambulatorial especializada.
· Elaborar o plano diretor de hospitais para o ES.

· Ampliar a estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades hospitalares da rede pública.
· Reestruturar as unidades neonatais em maternidades da Rede Materno Infantil, com ampliação de 41 leitos de UC INCO e 42 leitos de UC INCA.
· Adequar e equipar a maternidade de São Mateus para assumir a referência ao parto de alto risco para os 14 municípios da região norte.
· Reestruturar o antigo Hospital do Aquidabã em Cachoeiro de Itapemirim para referência materno infantil na Região Sul.
· Implantar o projeto de adequação de ambiência nas 13 maternidades da Rede Materno Infantil ainda não contempladas.
· Concluir o Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE).
· Construir o Hospital Geral de Cariacica.
· Pactuar a municipalização da gestão das ações básicas de saúde para 100% da população privada de liberdade, nos termos da normatização vigente.

DIRETRIZ 02 – IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUS.

OBJETIVO - Garantir o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais, padronizados no SUS-ES com garantia de qualidade, humanização no atendimento, mediante uso racional e atenção integral à saúde.

INDICADORES – Percentuais de cobertura de Medicamentos especializados

METAS:

· Manter repasse financeiro aos municípios para aquisição de medicamentos básicos de acordo com critérios estaduais e portaria ministerial vigente.
· Manter com suficiência o elenco de medicamentos especializados e fórmulas nutricionais padronizados de acordo com os protocolos clínicos (MS e do Estado), com índice de cobertura mínima de 95%.
· Atualizar a relação estadual de medicamentos – REMEME ate 2018.
· Implantar estratégias para o uso racional de medicamentos especializados e de

fórmulas nutricionais.
· Implantar a central de aquisição e logística integrada de armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos de saúde.
· Consolidar a rede estadual de Farmácias Cidadãs nas quatro Regiões de Saúde.
· Estruturar política de administração de medicamentos especializados injetáveis com possibilidade de fracionamento da dose.
· Implantar sistemas informatizados integrados de gestão de estoque nas farmácias cidadãs estaduais até 2017.
· Implementar o projeto de digitalização dos processos de medicamentos e fórmulas nutricionais em todas as Farmácias Cidadãs Estaduais até 2017.
· Estruturar estratégias para gestão da judicialização de medicamentos por meio de monitoramento intensivo e mecanismos de adesão aos protocolos e padronização REMEME/REMUME.
· Estruturar o serviço de Farmácia Hospitalar da Rede Estadual

DIRETRIZ 03 – REDUÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO BUSCANDO A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE COM BASE NAS NECESSIDADES SOCIAIS IDENTIFICADAS E A INTERVENÇÃO NO RISCO SANITÁRIO

OBJETIVO – Incorporar na prática cotidiana dos serviços de saúde a integralidade do cuidado, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos a partir da identificação e análise dos fatores geradores de ameaças a vida nas comunidades, bem como da vigilância e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, e a regulação de bens e produtos sujeitos a legislação do SUS.

INDICADORES

- Proporção de análises realizadas em água para consumo humano.
- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.
- Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.

- Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas
- Número absoluto de óbitos por dengue
- Taxa de letalidade de dengue
- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
- Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
- Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos
- Número de casos autóctones de malária.
- Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

METAS:

· Ampliar e qualificar as notificações das doenças e agravos de notificação compulsória e das demais de relevância para saúde pública em 100% dos serviços de saúde em todos os municípios.
· Garantir acesso e uso adequado aos soros antivenenos e antídotos padronizados nas quatro Regiões de Saúde e nos pontos de atenção na rede de urgência e emergência do Estado.
· Implementar as atividades de educação em saúde e mobilização social para a redução dos riscos e agravos relacionados à vigilância em saúde.
· Manter proporção de 98% de registro de óbitos com causa básica definida
· Investigar 100% dos óbitos maternos e de mulheres em idade fértil e, no mínimo, 85% dos óbitos infantis e fetais.
· Ampliar a capacidade analítica do LACEN implantando novas metodologias visando atender a demanda das ações de Vigilância em Saúde.
· Ampliar o controle de qualidade analítica dos laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública em 20% em relação a 2015.
· Implantar e Implementar o Plano Estadual de Vigilância Ambiental, atuando de modo integrado com as redes assistenciais e demais setores da gestão pública e da sociedade, com foco nos grupos populacionais mais expostos aos fatores de risco ambientais e às patologias com maior morbimortalidade impactadas por esses fatores ambientais”

· Elaborar e implantar o plano de vigilância em saúde das populações expostas a agrotóxicos - VSPEA.
· Elaborar e implantar a Política Estadual de Vigilância em Saúde Ambiental das Emergências de Saúde Pública para Enfrentamento de Desastres.
· Estruturar/implantar as unidades sentinelas para o VIGIAR nos 28 municípios prioritários identificados a partir dos Instrumentos de Identificação dos Municípios de Risco – IIMR.
· Reduzir anualmente em 10% o número de casos novos de AIDS no Estado, tomando como referência 1.193 casos em 2015.
· Elaborar e implantar o plano estadual das doenças negligenciadas como tuberculose, leishmanioses, hanseníase, esquistossomose, tracoma e outras.
· Reduzir em 50% os casos novos de AIDS em crianças menores de cinco anos, considerando os casos em 2014 (04 casos).
· Reduzir em 2% a mortalidade em menores de 70 anos por doenças crônicas não transmissíveis.
· Reduzir o sobrepeso e obesidade na população do ES sendo 3% ao ano em adultos acima de 18 anos e 1% ao ano em crianças e adolescentes.
· Reduzir a prevalência de hanseníase em 10% ao ano com ênfase na faixa etária em menores de 15 anos.
· Alcançar as coberturas vacinais adequadas do calendário básico de vacinação da criança em pelo menos 85% dos municípios.
· Alcançar 80% de cobertura da vacina antirrábica canina em todos os municípios.
· Ampliar em 20% o número de exames para detecção da esquistossomose considerando a série histórica dos últimos 05 anos.
· Ampliar a realização de inquéritos para detecção de tracoma em escolares em 100% dos municípios.
· Reduzir em 5% ao ano os óbitos de dengue considerando série histórica da doença.
· Institucionalizar até 2017 uma nova matriz de vigilância epidemiológica nas Regiões de Saúde das doenças transmitidas por vetor (dengue, zika, chikungunya, febre amarela).

· Reduzir para 0,5 por mil nascidos vivos os casos de sífilis congênita até 2019
· Reorganizar a Rede de Cerest Estadual com base na Renast e na Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
· Executar de forma integrada as ações da VISA definidas no programa do governo estadual de melhoria do ambiente de negócios com segurança sanitária
· Fazer a gestão do risco sanitário em 85% dos serviços, produtos e ambientes de trabalho.
· Implantar a Gestão da Qualidade na Vigilância Sanitária do Espírito Santo.
· Implantar do Programa Estadual de Segurança do Paciente em estabelecimentos de assistência à saúde.
· Ampliar as ações do programa estadual de monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos de origem vegetal no Espírito Santo até dezembro de 2018.
· Descentralizar gradualmente, as ações de vigilância para as Superintendências Regionais de Saúde.

DIRETRIZ 04 – DESENVOLVER MECANISMOS DE REGULAÇÃO QUE FORTALEÇAM A GOVERNANÇA DA GESTÃO ESTADUAL SOBRE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NO SUS DO ES

OBJETIVO – Qualificar o acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde especializados, oportunamente, mediante processos regulatórios capazes de resguardar a equidade e a integralidade na atenção à saúde enquanto princípios valorativos do SUS.

INDICADORES

- Tempo Médio para Internação
- Taxa de rejeição na internação de urgência
- Taxa de permanência em leitos hospitalares;

METAS:

· Aprimorar a contratualização dos serviços de saúde da rede complementar ao SUS, de forma regionalizada.
· Monitorar os Contratos de Gestão (CG) celebrados com as OSS, os convênios com os hospitais filantrópicos, os termos de fomento com os hospitais conveniados e os contratos com as unidades da rede estadual de saúde visando o alcance no mínimo de 85% das metas quantitativas e qualitativas.
· Implementar o controle e avaliação da produção dos prestadores de serviços assistenciais sob gestão estadual.
· Operar, alimentar e fazer a gestão da base estadual dos sistemas de informação SIA, SIHD e CNES.
· Habilitar 100% dos serviços de Alta Complexidade Ambulatoriais e Hospitalares junto ao Ministério da Saúde, tanto da rede própria quanto da rede complementar ao SUS estadual.
· Implementar fluxo do processo de habilitação dos serviços de alta complexidade no estado do Espírito Santo.
· Informatizar o processo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC) e Procedimentos Ambulatoriais de média complexidade selecionados (BPAI) realizados nos estabelecimentos sob a gestão estadual.
· Promover articulações junto aos oito municípios grandes executores de ações e serviços de saúde da Programação Assistencial para a gestão compartilhada da regulação do acesso das tecnologias assistenciais especializadas.
· Reconfigurar a política regulatória assistencial e elaborar o Plano Estadual de Regulação do Acesso para a garantia do direito cidadão de acesso às ações e serviços de saúde oportunamente.
· Implantar um Complexo Regulador Estadual integrando as Centrais de Regulação de Internações, de Consultas e Exames Especializados, de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), atenção pré-hospitalar às urgências e regulação da alta complexidade para desenvolverem uma ação conjunta para alcançar efeito sinérgico em situações complexas relativas à defesa da vida dos usuários do SUS.
· Aumentar o número de doações de órgãos e tecidos em 5 % ao ano
· Resignificar a supervisão assistencial como estratégia de apoio à gestão e à

regulação do acesso como meio para qualificar a assistência individual in loco aos usuários sob atendimento ambulatorial e 100% em regime de internação.
· Contratar 100% dos prestadores de serviços assistenciais sob gestão estadual.
· Implantar contrato de metas em 100% dos serviços ambulatoriais e hospitalares da rede própria estadual.
· Implementar novos modelos de gestão em pelo menos 20% dos hospitais e/ou serviços contratualizados pela SESA, a partir dos estudos realizados em parceria com a SEGER.
· Implantar os Núcleos de Regulação Ambulatorial nas Regiões de Saúde.

DIRETRIZ 05 – IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVADORA COM FOCO EM RESULTADOS PARA O USUÁRIO E SUSTENTADA NOS PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

OBJETIVO 1 – Implementar práticas de gestão estratégica e de gerenciamento de projetos e processos capazes de desenvolver uma gestão empreendedora e orientada para resultados em todos os setores da SESA, proporcionando maior eficiência na entrega de resultados à sociedade e uma cultura organizacional que busque a máxima eficiência na gestão dos recursos disponíveis.

OBJETIVO 2 – Consolidação da Gestão e Governança das políticas públicas no SUS – ES, com ênfase no processo de regionalização, responsabilidade de gestão e na participação efetiva dos atores sociais envolvidos na produção da saúde.

INDICADORES

- Sistema de Gestão de Custos implantado em 50% dos hospitais da SESA
- Percentual da receita própria aplicada na saúde
- Percentual do orçamento gasto com demandas judiciais

METAS:

· Instituir práticas gerenciais relacionadas com a gestão estratégica de custos e com a sustentabilidade em todas as unidades assistenciais e setores da SESA.
· Instituir o processo de monitoramento estratégico do Plano Estadual de Saúde.

· Avaliar e monitorar os resultados das políticas pública através dos indicadores de saúde de forma regionalizada.
· Organizar processos, estruturar sistemas e prover suporte tecnológico para gestão da informação favorecendo a tomada de decisões baseada em evidências em âmbito estadual e regional.
· Adotar estratégias para ampliar a transparência, qualificar a comunicação e disseminar o uso de informações de saúde e de gestão entre usuários, profissionais, gestores do SUS e sociedade em geral.
· Estruturar o escritório de processos na SESA como instrumento para melhoria da gestão orientada para resultados.
· Atualizar o código de saúde do estado até dezembro de 2017.
· Realizar o acompanhamento intensivo de 100% dos projetos estruturantes: definição, execução e monitoramento dos resultados.
· Estender as boas práticas de gestão de projetos (conceitos, técnicas, ferramentas e atitude) para outras iniciativas além da carteira de projetos estruturantes.
· Implantar modelo de gestão pela eficiência e qualificação dos gastos (GMD).
· Implementar a gestão e regulação de forma centralizada de 100% da frota administrativa.
· Estruturar os sistemas necessários para prover o acesso a informações fidedignas e embasar o processo decisório, no âmbito estadual e regional.
· Providenciar a reestruturação da matriz de comunicação com propósito de centralizar a gestão e otimizar recursos.
· Padronizar a política de almoxarifado e patrimônio em todas as unidades descentralizadas SESA de modo a contribuir para a consecução dos objetivos em consonância com as diretrizes da SEGER.
· Fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde dentro de uma agenda de gestão estratégica e compartilhada com o COSEMS – ES.
· Estruturar as Superintendências Regionais de Saúde de forma que respondam aos desafios da gestão regional.
· Fomentar a intersetorialidade na execução das Políticas Públicas nos próximos 04 anos.

- | |
|--|
| · Elaborar quatro Programações Gerais das Ações e Serviços de Saúde – PGASS nas Regiões de Saúde e adotá-las como base da contratualização e regulação do acesso às regionais. |
| · Consolidar o processo de planejamento regional sistematizando um planejamento ascendente e integrado. |

DIRETRIZ 06 – GESTÃO, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES DA SESA E DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE - SUS EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DE HUMANIZAÇÃO

OBJETIVO – Fortalecimento das estruturas institucionais da gestão do trabalho e da educação em saúde, ampliando a capacidade de execução de ações e serviços com qualidade de vida do trabalhador.

INDICADOR

- Proporção de ações de educação permanentes implementadas e/ou realizadas

METAS:

- | |
|---|
| · Viabilizar o atendimento das necessidades de qualificação profissional identificadas pelas áreas temáticas e áreas da gestão administrativa nos projetos prioritários e redes de atenção à saúde. |
| · Viabilizar o processo de educação à distância visando a qualificação dos profissionais de saúde. |
| · Contribuir para o desenvolvimento científico e tecnológico, viabilizando e disciplinando a realização de pesquisas no âmbito da SESA. |
| · Definir linhas de pesquisa específicas para responder às necessidades do sistema único de saúde do ES através de parcerias com a academia e instituto de pesquisa e fomento. |
| · Desenvolver a gestão da educação permanente e profissional em saúde no estado do Espírito Santo. |
| · Implementar a política de residência médica e multiprofissional na SESA. |

· Fortalecimento da mesa estadual de negociação permanente do SUS/ES (MENP-SUS-ES).
· Reestruturar o plano de carreiras em conjunto com a SEGER.
· Realizar o dimensionamento da força de trabalho existente e necessária das áreas estratégicas, táticas e operacionais da SESA.
· Alinhar a política de Recursos Humanos com todas as unidades da SESA, de modo a uniformizar os procedimentos e contribuir para a consecução dos objetivos em consonância com as diretrizes da SEGER.
· Implantar mecanismo para remuneração variável por desempenho atrelada à avaliação dos acordos de resultados com focos na meritocracia, no desenvolvimento e na valorização dos servidores.
· Implantar processos seletivos públicos para provimento de cargos em comissão e contratação temporária com foco no profissionalismo das funções típicas da saúde.

DIRETRIZ 07 – AMPLIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL COM VISTAS AO APRIMORAMENTO DO SUS E A CONSOLIDAÇÃO DAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE EM SAÚDE

OBJETIVO – Ampliar a participação social com vistas ao aprimoramento do SUS e a consolidação das políticas de promoção de equidade em saúde.

INDICADORES

- Proporção de municípios com ouvidorias implantadas
- Proporção de conselhos de saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde – SIACS

METAS

· Fortalecimento da Política Estadual de Educação Permanente para o controle social.
· Fortalecer os mecanismos a partir da promoção da equidade que favoreçam a ampliação do controle social nos diversos espaços da gestão.
· Fomentar a implantação de Conselhos Gestores em 100% dos hospitais

filantrópicos contratualizados e nas unidades geridas por OS's.
· Realizar a Conferência Estadual, as Plenárias de Conselhos de Saúde e 100% das Conferências Temáticas de Saúde.
· Implantar Política de Comunicação para o Controle Social através de informativos, jornais e mídias sociais.
· Promover debates com setor regulado e sociedade através de entidades representativas sobre as ações da vigilância sanitária, promovendo a educação sanitária.
· Expansão e fortalecimento das Ouvidorias (Estadual e municipal)
· Mobilizar as instâncias do SUS, em especial o controle social e a sociedade em geral, para ações articuladas em defesa do SUS

DIRETRIZES E METAS REGIONAIS 2016-2019

DIRETRIZ 01 – ORGANIZAR O SISTEMA DE SERVIÇOS EM UMA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE COMPOSTA POR REDES TEMÁTICAS PARA GARANTIR O ATENDIMENTO OPORTUNO DO USUÁRIO E FORTALECER A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO E A EQUIDADE NO ACESSO, COM FOCO NAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS ESPAÇOS REGIONAIS.

METAS REGIÃO METROPOLITANA

· Restabelecer a Política de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde (PECAPS) na região metropolitana.
· Atualizar os planos de ação e efetivar o funcionamento de 100 % dos pontos de atenção das Redes temáticas (RUE, Rede Cegonha, RAPS)
· Implantar as demais Redes temáticas (Rede de Saúde Bucal, Rede de Atenção a Pessoa com Doenças Crônicas e Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência)
· Rever, implementar e efetivar as Redes Temáticas: RUE, Rede Cegonha, RAPS e expansão do SAMU, a fim de ampliar o acesso e garantir a atenção integral ao cidadão

METAS REGIÃO CENTRAL

· Incorporar práticas inovadoras de gestão hospitalar no Hospital Silvo Ávidos baseada na revisão de todos os processos de trabalho com foco no atendimento humanizado e ampliação da gestão da clínica;
· Integrar de forma harmonizada as ações e práticas das equipes de saúde bucal aos processos de trabalho da ESF;
· Implantar processo avaliação, análise, acompanhamento e monitoramento da saúde da população ribeirinha vítima do crime ambiental de Mariana - MG;
· Elaborar e implantar processo regional de seguimento de pacientes com exames alterados de CA de mama e colo;
· Oferecer exame diagnóstico para CA em "tempo oportuno" mediante indicação clínica;
· Elaborar e implementar Plano Regional de Enfrentamento da Sífilis Congênita.
· Elaborar diagnóstico regional sobre as condições de saúde mental da população que envolva suicídio, uso de Álcool e outras drogas, uso contínuo de Benzodiazepínicos e internações psiquiátricas

METAS REGIÃO NORTE:

· Descentralizar atendimento dos portadores de doença falciforme para os HEMOES.
· Implantar de Classificação de risco nas UBS e hospitais da região, capacitando os profissionais.
· Atualizar e implementar o Plano de Enfrentamento de Sífilis na região.
· Implementar a Planificação da Atenção da Primária integrando a APS com Atenção Especializada considerando as linhas de cuidado prioritárias da região(saúde da mulher e criança, crônicas- HAS, Diabetes e Oncologia)em 100% dos municípios.
· Revitalizar o projeto estruturante de expansão e fortalecimento da APS, repensando a estruturação das unidades básicas de saúde. (Levantar diagnóstico de necessidade)
· Concluir as UBS de Santana (Conceição da Barra) e 02 em Pedro Canário (Felinto

Damião e São João Batista) iniciadas pelo governo do Estado
· Reformar e ampliar UBS, seguindo as legislações Sanitárias vigentes;
· Equipar as UBS
· Incentivar a adesão dos municípios à política do NASF de forma qualificada
· Criar política de governo para Cofinanciamento da APS e fixação dos profissionais no interior
· Concluir projeto de delimitação de micro área de saúde dos nove municípios aderidos ao projeto, fomentando ampliação para os demais.
· Expandir em cobertura de estratégia de saúde da família
· Atualizar 100% das linhas guias Estaduais, adequando-as as necessidades loco regionais e ao processo de planificação da atenção à saúde, priorizando as linhas contempladas no CAIS Norte.
· Qualificar os municípios para o efetivo monitoramento das internações por causas sensíveis à APS.
· Elaborar diagnóstico da saúde das populações específicas (quilombolas, pomeranos e diversidade sexual)
· Atualizar, complementar e implementar os planos de Ação das Redes Temáticas: RUE, RC e RAPS
· Implantar a Rede Estratégica de Saúde Bucal garantindo Pontos de atenção ambulatorial especializada integrada com os serviços de atenção hospitalar na região.
· Garantir a política de Cofinanciamento da APS (PECAPS)
· Implantar referência às emergências cardíacas na região Norte (equipe, hemodinâmica, cirurgia cardíaca) para resposta em tempo oportuno (porta balão)
· Reforma e ampliação do Hospital Estadual Dr. Roberto Arnizaut Silveiras - HERAS
· Incentivar a implantação dos CAPS municipais
· Reestruturar e otimizar as referências regionais (pontos de atenção) para partos de risco habitual na região de saúde, especialmente para atenção às gestantes dos municípios de Ponto Belo, Mucurici, Montanha e Pinheiros.
· Implantar processo de gestão integrada (SESA e Municípios) para os equipamentos

regionais de atenção à saúde.
· Incentivar a participação dos consórcios públicos nos processos de execução das políticas públicas regionais.
· Implantar novo modelo assistencial e de gestão na região norte, através da implantação do Centro de Atenção Integrada à Saúde localizado em Nova Venécia, que oferecerá Atenção Ambulatorial Especializada, por linha de cuidado, e integrado à Atenção Primária em Saúde, com gestão entre a SESA e os Municípios.

METAS REGIÃO SUL:

· Implantar 30 leitos de Atenção Integral de Saúde Mental em hospitais gerais previsto no plano de ação regional da RAPS.
· Implementar e fortalecer, em conjunto com os municípios, os pontos de atenção da RAPS de acordo com o planejamento regional.
· Implementar o processo de rastreamento de doenças crônicas e agravos não transmissíveis nos 26 municípios, priorizando as linhas de cuidado de oncologia e HAS/DM; além de prover a organização da rede de atenção para responder as necessidades demandadas, conforme diretrizes clínicas baseadas em evidências.
· Implantar a Rede Estratégica Estadual de Saúde Bucal, garantindo atenção ambulatorial especializada integrada com serviços de atenção hospitalar, definindo os pontos de atenção de referência e os fluxos necessários para atendimento das necessidades regionais.
· Fomentar a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, de abrangência Regional, segundo critérios de necessidade regional.
· Reestabelecer a Política de Cofinanciamento da Atenção Primária a Saúde (PECAPS).
· Qualificar os processos de trabalho da Atenção Primária, com ênfase nos princípios da Estratégia de Saúde da Família, e monitorar as metas qualitativas do processo, como a redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab) e outros eventos sentinela.
· Identificar e cadastrar a população quilombola e de assentamentos rurais sob a

responsabilidade das equipes de APS na região.
· Reorientar o modelo assistencial, com reorganização e atualização das estratégias de prevenção de agravos, principalmente das ações de educação em saúde, a partir da adoção de metodologias mais atuais e coerentes com o público alvo.
· Estabelecer instrumento de monitoramento e avaliação dos Planos de Ação das Redes Temáticas.
· Reestruturar a ambiência e adquirir equipamentos para as maternidades de referência para a Rede Estadual Materno Infantil na região.
· Implantar o Centro Regional de Consultas e Exames Especializados e reestruturar o CRE, articulando o fluxo assistencial entre eles para ampliar a integralidade e resolutividade na atenção.
· Modelar a linha de cuidado para os portadores de doença falciforme, com ampliação da rede diagnóstica e da realização do exame de eletroforese de hemoglobina no pré-natal; além do estabelecimento da referência hospitalar regional para o atendimento ambulatorial eletivo e de urgência e emergência.
· Habilitar um hospital de referência na Região Sul para a realização do abortamento legal, conforme consta no Pacto de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres.
· Reestruturar as unidades neonatais com a implantação dos leitos de UC INCO e de UCINCA nas maternidades da região.
· Organizar o sistema de serviço de saúde para dar respostas qualificadas às crianças com microcefalia; estabelecer e divulgar os fluxos de atenção hospitalar e de reabilitação para os municípios da região.
· Divulgar de forma ampla, para o cidadão e dentro da própria rede de serviços de saúde regional, os serviços ofertados e de responsabilidade de cada unidade, para facilitação dos fluxos de encaminhamento.

DIRETRIZ 02 – IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUS

METAS REGIÃO CENTRAL:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">· Efetivar a descentralização de dispensação de medicamentos e insumos estratégicos nas farmácias cidadãs na região de saúde central (Colatina e Linhares) |
|---|

METAS REGIÃO SUL:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">· Realização de estudos para regionalizar o processo de análise e dispensação de fórmulas nutricionais. |
| <ul style="list-style-type: none">· Estruturar estratégias para gestão da judicialização de medicamentos por meio de monitoramento intensivo e mecanismos de adesão aos protocolos e padronização REMEME/REMUME, incluindo divulgação e informação sobre a política de medicamentos nas unidades/profissionais da rede de serviços de saúde regional. |
| <ul style="list-style-type: none">· Instituir convênio para a criação e a instalação de um "Núcleo de Apoio Técnico" - NAT/ES, com o objetivo de fornecer, via troca de informações institucionais, subsídios técnicos aos magistrados nas ações oriundas das comarcas estaduais que busquem compelir o Estado do Espírito Santo ao fornecimento de medicamentos e de componentes nutricionais. |
| <ul style="list-style-type: none">· Publicar legislação que discipline os procedimentos a serem adotados pelos médicos e odontólogos servidores públicos estaduais na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames e procedimentos de saúde nos termos das políticas públicas, das listas padronizadas e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) do Sistema Único de Saúde (SUS). |

DIRETRIZ 03 – REDUÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO BUSCANDO A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE COM BASE NAS NECESSIDADES SOCIAIS IDENTIFICADAS E A INTERVENÇÃO NO RISCO SANITÁRIO

METAS REGIÃO METROPOLITANA:

· Ampliar e qualificar as notificações das doenças e agravos de notificação compulsória e das demais de relevância para saúde pública em 100% dos serviços de saúde em todos os municípios
· Implementar as atividades de educação em saúde e mobilização social para a redução dos riscos e agravos relacionados à vigilância em saúde
· Elaborar e implementar o plano estadual das doenças negligenciadas como tuberculose, leishmanioses, hanseníase, esquistossomose, tracoma, malária, chagas, febre maculosa e outras
· Implantar a vigilância sistematizada para doenças presentes no cenário nacional como zika vírus, chikungunya, febre amarela e outras.
· Reduzir em 15% (reavaliando essa percentagem) ao ano os casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade tendo como referência 602 em 2015
· Ampliar, elaborar e implantar o plano de vigilância em saúde das populações expostas a agrotóxicos – VSPEA, fazendo referência as metas referidas no plano
· Implantar ações efetivas do plano estadual de enfrentamento das DANTS

METAS REGIÃO CENTRAL:

· Qualificar e divulgar a importância da notificação das Doenças Compulsórias em 100% dos serviços de saúde da Região Central;
· Implementar a Rede Materno Infantil na Região Central) através de Fóruns Regionais mensais e bimestrais (Fórum Perinatal que de forma integrada (com parceiros e interessados) atualizem, reafirmem e enfrentem os limites e possibilidades da Rede.
· Fortalecer a descentralização da VISA Municipal, através de qualificação, capacitação, atualização de ações de educação permanente;

· Manter em 98% o registro de óbito com causa definida;
· Propor sistema regional de transporte sanitário para traslado ao SVO;
· Implementar ações intersetoriais para avaliação e monitoramento do uso de agrotóxicos, qualidade da água para consumo e os agravos relacionados à saúde do trabalhador.

METAS REGIÃO NORTE:

· Estruturar a unidade regional do CEREST na Região Norte
· Implantar o sistema eletrônico de gestão da VISA na Regional Norte e em 100% dos municípios da Região Norte
· Padronização dos processos de trabalho da VISA Regional com os da Núcleo Central
· Ampliar o escopo dos exames realizados no laboratório Regional Norte
· Pactuar em 100% dos municípios da Região Norte a realização de exames laboratoriais de esquistossomose alimentação do SISPCE
· Estruturar na Região Norte o sistema de transporte sanitário para envio de óbitos por causas mal definidas ao SVO
· Reestruturar na região Norte os serviços de atendimento especializado em DST/AIDS e hepatites virais.
· Estruturar a rede regional de atenção às violências sexuais e acidentes com material biológico
· Incentivar a construção de Polos de Academias da Saúde em 100% dos municípios da Região Norte
· Implantar sistema informatizado para integração e compactação das notificações de mortalidade, internações e das doenças e agravos de notificação.
· Estruturar equipe regional para monitoramento permanente da morbimortalidade regional e busca de evidências para informação das políticas de saúde.

METAS REGIÃO SUL:

· Qualificar o registro das declarações de nascidos vivos e declaração de óbito, assim como a qualificação, em nível municipal, da investigação do óbito materno, infantil e fetal, explicitando os problemas encontrados e apontando as intervenções necessárias; de forma a direcionar melhor as ações de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal.
· Elaborar e implementar um Programa de Controle dos mosquitos do gênero Culex.
· Reduzir em 15% ao ano os casos de sífilis congênita, tendo como referência 602 casos registrados em 2015.
· Implementar junto à Vigilância Epidemiológica um Programa de Saúde Prisional.
· Pactuar anualmente com 100% dos municípios para a elaboração e operacionalização do PDVISA para o quadriênio 2016-2019.*.
· Supervisão de 100% das VISA municipais com relação ao cumprimento das metas pactuadas nos respectivos planos/programação*
· Desenvolver e implantar o Sistema de informação em Vigilância Sanitária em todos os municípios e na Regional até dezembro de 2017.*.
· Capacitar 100% das equipes de vigilância sanitária - municipais (26) e regional – para utilizar o Sistema de informação em Vigilância Sanitária.*.
· Capacitar 100% das equipes de vigilância sanitária com Serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS - regional (1) e municipal (26) - para controlar o risco sanitário, no quadriênio 2016-2019.*.
· Capacitar 100% das equipes de vigilância sanitária - regional (1) e municipais (26) – e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST Regional (1) para investigar acidentes de trabalho graves e fatais; e desenvolvimento de ações em toxico vigilância no quadriênio 2016-2019.*
· Capacitar 100% das equipes de vigilância sanitária em Indústria de Alimentos - municipais (26) - para controlar o risco sanitário, no quadriênio 2016-2019.*.
· Controlar o risco sanitário de 100% dos Serviços de Saúde com internação de atenção à gestante e ao recém-nascido, cadastrados no Plano Regional de Atenção Materno-Infantil e os Hospitais de Pequeno Porte que não estão contemplados no Plano, mas realizam atendimento à gestante e ao recém-nascido*.

· Investigar 100% das notificações de eventos adversos relacionados à transfusão sanguínea, recebidas por ano do quadriênio 2016-2019.*.
· Monitorar a alimentação dos sistemas de notificação da ANVISA (Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância) pelos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde existentes na Região Sul por ano do quadriênio 2016-2019.*
· Controlar o risco sanitário de 100% das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) existentes na região, por ano do quadriênio 2016-2019.*.
· Controlar o risco sanitário de 100% das Comunidades Terapêuticas (CT) existentes na região (18), por ano do quadriênio 2016-2019*.
· Realizar supervisão e monitoramento de 100% das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs) dos estabelecimentos assistenciais de saúde existentes na região anualmente.*.
· Desenvolver e implantar o sistema de monitoramento de eventos adversos e desvios de qualidade de produtos de interesse da saúde fabricados, dispensados e comercializados na região.*.
· Monitorar as atividades realizadas pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde da Região Sul anualmente produzindo relatório do quadriênio 2016-2019.*.
· Verificar a implantação dos protocolos de segurança do paciente nos EAS da Região Sul anualmente produzindo relatório do quadriênio 2016-2019.*.
· Verificar e monitorar as notificações de Eventos Adversos no NOTIVISA por EAS/ano.*

DIRETRIZ 04 – DESENVOLVER MECANISMOS DE REGULAÇÃO QUE FORTALEÇAM A GOVERNANÇA DA GESTÃO ESTADUAL SOBRE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NO SUS DO ES

METAS REGIÃO METROPOLITANA:

- | |
|---|
| · Implantar o complexo regulatório na Região de Saúde Metropolitana, estabelecendo gestão compartilhada da regulação do acesso entre a SESA e os municípios da Região de Saúde Metropolitana. |
| · Aprimorar a contratualização dos serviços de saúde de rede complementar de forma compartilhada com os municípios da Região de Saúde Metropolitana. |

METAS REGIÃO CENTRAL:

- | |
|--|
| · Instituir processo de monitoramento de saúde na Região Central de Saúde; |
| · Implantar Fórum Regional de Contratualização no ano de 2017. |

METAS REGIÃO NORTE:

- | |
|--|
| · Estruturação de serviços de referência para atendimento às cirurgias eletivas na Região Norte de Saúde |
| · Estabelecer o uso dos protocolos clínicos para facilitar o processo regulatório |
| · Instituir mecanismos para controle e avaliação da eficiência de 100% dos serviços contratualizados. |
| · Instituir fórum de debate regional com usuários e prestadores contratualizados |
| · Implementar o controle e avaliação dos servidores e prestadores de serviços |

METAS REGIÃO SUL:

- | |
|--|
| · Instituir novos mecanismos para aprimorar a regulação de 100% dos serviços contratualizados e reduzir gradualmente a auto gestão de Média e Alta complexidade com regulação feita por Núcleo Interno de Regulação (Regional) |
| · Implantar um Complexo Regulador Estadual integrando as Centrais de Regulação |

de Internações, de Consultas e Exames Especializados, de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), atenção pré-hospitalar às urgências e regulação da alta complexidade para desenvolverem uma ação conjunta para alcançar efeito sinérgico em situações complexas relativas à defesa da vida dos usuários do SUS e inserir no Plano, uma Política de Regulação para os hospitais de pequeno porte.
· Monitorar os Contratos de Gestão (CG) celebrado com as OSS, os convênios com os hospitais filantrópicos, os termos de fomento com os hospitais conveniados e os contratos com as unidades da rede estadual de saúde visando o alcance no mínimo de 85% das metas quantitativas e qualitativas e estruturar um Setor de Monitoramento da Região Sul de Saúde com abrangência de todos os hospitais contratualizados.
· Implementar fluxo informatizado do processo de autorização de internações, procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para os estabelecimentos sob gestão estadual também na Região Sul de Saúde
· Implantar os Núcleos de Regulação Ambulatorial nas Regiões de Saúde.
· Capacitar os técnicos que atuam na área de Controle e Avaliação dos municípios, nos instrumentos básicos do Processamento da Produção Ambulatorial.(Regional)

DIRETRIZ 05 – IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVADORA COM FOCO EM RESULTADOS PARA O USUÁRIO E SUSTENTADA NOS PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

METAS REGIÃO METROPOLITANA:

· Elaborar a PGASS da Região de Saúde Metropolitana.
· Incentivar os municípios da Região de Saúde Metropolitana, que ainda não o fizeram, a assumir o Comando Único minimamente da rede própria.

METAS REGIÃO CENTRAL:

· Avaliar e monitorar os resultados das políticas públicas através dos indicadores de saúde de forma regionalizada;
· Instituir processo de monitoramento de saúde na Região Central de Saúde;
· Aprimorar o sistema de informação dos municípios e da Região Central (tecnologia de informação) dando informações fidedignas a nível regional e estadual;
· Implantar modelo de gestão pela eficiência e classificação de custos (GMD)
· Buscar autonomia dos fundos de saúde municipais
· Pactuar e articular a municipalização da gestão das ações básicas de saúde para 100% da população privada de liberdade.

METAS REGIÃO NORTE:

· Fortalecer a CIR Norte como espaço de gestão compartilhada, definição de prioridades e cooperação técnica entre os seus membros.
· Instituir monitoramento permanente do Plano Estadual de Saúde no nível regional
· Estabelecer fórum de discussão regional permanente com setores e atores envolvidos nos processo de judicialização da saúde
· Implantar sistema informatizado para integração e compactação das notificações de mortalidade, internações e das doenças e agravos de notificação.
· Estruturar equipe regional para monitoramento permanente da morbimortalidade regional

METAS REGIÃO SUL:

· Instituir o processo de monitoramento estratégico do Plano Estadual de Saúde com desdobramento para a Região Sul de Saúde.
· Modelar e implantar processos da área administrativa
· Fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde dentro de uma agenda de gestão estratégica e compartilhada com o COSEMS – ES, estimulando os municípios da Região Sul a assumirem a gestão dos recursos

financeiros da sua Rede Própria.
· Estruturar as Superintendências Regionais de Saúde de forma que responda aos desafios da gestão regional.
· Elaborar quatro Programações Gerais das Ações e Serviços de Saúde – PGASS nas Regiões de Saúde e adotá-las como base da contratualização e regulação do acesso regionais.
· Consolidar o processo de planejamento regional por meio do fortalecimento dos laboratórios de planejamento regional, sistematizando um planejamento ascendente e integrado.

DIRETRIZ 06 – GESTÃO, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES DA SESA E DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE - SUS EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DE HUMANIZAÇÃO

METAS REGIÃO CENTRAL:

· Instituir e aprimorar procedimentos de auditar servidor contratado através de processo seletivo;
· Incluir a ampliação do telessaúde para média e alta complexidade.

METAS REGIÃO NORTE:

· Formular e implantar Política Estadual de Educação Permanente
· Atualizar as Diretrizes Educacionais da SESA
· Elaborar Diagnóstico Situacional da Educação Permanente na Região Norte
· Estruturar os Núcleos de Educação Permanente na Superintendência Regional de Saúde Norte
· Elaborar Plano Regional de Educação Permanente – PAREPS a partir das necessidades de qualificação profissional identificadas pelas áreas temáticas e áreas da gestão administrativa nos projetos prioritários e redes de atenção à saúde

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> · Atualizar as Linhas Guias Estaduais dos protocolos clínicos existentes, elaborar e publicar normas de acordo com o perfil epidemiológico como estratégia para reordenar o fluxo assistencial do usuário na rede estadual de saúde e ampliar a resolutividade e qualificação da Atenção Primária. (Linhas de cuidado prioritárias da região). |
| <ul style="list-style-type: none"> · Incentivar a implantação de núcleos municipais de educação permanente em 100% dos municípios da região norte. |

METAS REGIÃO SUL:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> · Implantar processos seletivos públicos para provimento de cargos em comissão e contratação temporária, inclusive nos cargos de gestão, com foco no profissionalismo das funções de gestão. |
| <ul style="list-style-type: none"> · Monitorar os gastos com pessoal visando a otimização dos recursos financeiros. |

DIRETRIZ 07 – AMPLIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL COM VISTAS AO APRIMORAMENTO DO SUS E A CONSOLIDAÇÃO DAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE EM SAÚDE

METAS REGIÃO METROPOLITANA:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> · Incentivar a implantação de ouvidorias e /ou referências de ouvidoria nos municípios da Região Metropolitana de Saúde |
| <ul style="list-style-type: none"> · Implantar ouvidoria regional metropolitana de saúde/ Organizar rede de ouvidoria SUS na Região Metropolitana |

METAS REGIÃO CENTRAL:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> · Mobilizar participação dos movimentos sociais e agentes de interesse no controle social do SUS para sua defesa em ações articuladas. |
|--|

METAS REGIÃO NORTE:

· Estruturar ouvidoria regional
· Implantar processo de educação permanente para conselheiros municipais de saúde
· Implantar conselho regional para integração socialização dos conselhos municipais.
· Fomentar a participação dos movimentos sociais negros nos espaços de gestão participativa do SUS: Conselhos de Saúde, CIES Norte, Comitê Mortalidade e Grupos Condutores das Redes Temáticas.
· Capacitar os membros do Comitê Estadual da Promoção da Equidade

METAS REGIÃO SUL:

· Promover Movimento em Defesa do SUS, envolvendo profissionais de saúde, Movimentos Sociais, Conselhos de Saúde e sociedade em geral.
--

DIRETRIZES DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE POR EIXOS TEMÁTICOS

Eixos Temáticos	Diretrizes
Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade	Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas.
	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas Regiões de Saúde.
Participação e Controle Social	Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.
	Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.
Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde	Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.
Financiamento do SUS e Relação Público-Privado	Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.
	Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário.
Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde	Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas Regiões de Saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.

	Aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, do apoio interfederativo, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação.
	Qualificar a produção do cuidado, com a participação ativa do usuário e o protagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras.
	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
	Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.
Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS	Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS.
	Valorizar o SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação.
Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS	Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde.

REFERENCIAS

ANUÁRIO BRASILEIRO DE PROTEÇÃO 2015. Revista Proteção. Disponível em: <http://www.protecao.com.br/materias/anuario_brasileiro_de_p_r_o_t_e_c_a_o_2015/sudeste/AJyJJj>. Acesso em 02 junho 2016.

ANTUNES, E. et al. **Contratualização em saúde**. [S.l.:s.n.,20--].

ARIAS, E. H. L. et al. **Gestão do trabalho no SUS**. Cadernos RH Saúde, Brasília: 3(1) 119-124, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 1702 de 17 de abril de 2004**. Dispõe sobre a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1702_17_08_2004.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 1721 de 21 de setembro de 2004**. Dispõe sobre a reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721_15_09_2005.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.823, de 28 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 3390 de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136 Acesso em 18 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 3410 de 30 de dezembro de 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2013, n. 34.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.242 de 23 de maio de 2014**. Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social e sobre procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2014/decreto-8242-23-maio-2014-778784-publicacaooriginal-144184-pe.html>

BRASIL. CNES - **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** - <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 25 mar. 2015.

BRASIL. DATASUS - **Departamento de Informática do SUS** - www.datasus.gov.br/tabwin. Acesso em 10 mai. 2015.

CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, Setembro 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 nov 2015.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Comunidades remanescentes de quilombos (CRQ's)**. Disponível em http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551.

GARCIA RC. **Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental**. Texto para Discussão nº 776 – Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IPEA, 2001.

INCRA. **Assentamentos rurais**. Disponível em <http://painel.incra.gov.br/sistemas/index.php> Acesso em 03 mar. 2015

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES - IJSN. **Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios do Espírito Santo 2013**. Disponível em <http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/4466-produto-interno-bruto-pib-dos-municipios-2013>. Acesso em 31 de maio 2016.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES - IJSN. **Rendimento médio domiciliar per capital nominal** (R\$/Julho de 2010). Disponível em www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/1331

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 28 abr 2016.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES - IJSN. **Síntese dos Indicadores Sociais do Espírito Santo PNAD 2014**. Disponível em <http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/4453-sintese-dos-indicadores-sociais-do-espírito-santo-pnad-2014>. Vitória, ES, 2015.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES - IJSN. **Análise do mercado de trabalho no Espírito Santo - Censo demográfico 2010**. Vitória, ES, 2012.

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM POLÍTICA LINGÜÍSTICA. **População capixaba é composta por aproximadamente mil pomeranos**. Disponível em <http://e-ipol.org/populacao-capixaba-e-composta-por-aproximadamente-145-mil-pomeranos/>.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F.J. U. A Contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, set. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900031&lng=pt&nrm=iso>.

MIRANDA, C. L. P. et al. A Região Metropolitana da Grande Vitória na transição demográfica brasileira: Análise da Dinâmica Demográfica dos Municípios da RMGV a

partir das mudanças ocorridas entre 2000 e 2010. In: LIRA, P.; OLIVEIRA JUNIOR, A. P.; MONTEIRO, L. L. (Edi.); RIBEIRO, L. C. Q. (Coord.). **Vitória: transformações na ordem urbana: metrópoles: território, coesão social e governança democrática**. Rio de Janeiro: Letra Capital/Observatório das Metrópoles, 2014, p. 57-92.

OLIVEIRA, E. F. V. et al. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 567-578, Mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 mai. 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300014>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Portugal, 2001.

_____. **Integração da Saúde Mental nos cuidados de saúde primários – Uma perspectiva global**. Portugal: Outubro, 2009.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO – UNESCO. **Estudos Contratualização de Hospitais no Âmbito do SUS**, Relatório Técnico 1 - Rio de Janeiro, 26 de dezembro de 2007.

Pessoas em Situação de Rua na Grande-Vitória. **G1**. Disponível em : <http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2015/08/veja-os-servicos-oferecidos-aos-moradores-de-rua-na-grande-vitoria.html> . Acesso em 05 ago. 2016.

PISCO L.A. Avaliação como instrumento de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva** 2006; 11(3):566-568.

Por ano, 15 milhões de bebês nascem prematuros no mundo. **Época**. Disponível em <http://revistaepoca.globo.com/Saude-e-bem-estar/noticia/2012/05/por-ano-15-milhoes-de-bebes-nascem-prematuros-no-mundo.html>
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Atlas Brasil**, 2013. Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m. Acesso em 18 nov. 2015

REDE INTERNACIONAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE- RIPSa. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil**. Disponível em <http://www.ripsa.org.br/>

REGIÃO E REDES. **Estudos com Indicadores Regionais**. Disponível em <http://www.resbr.net.br>. Acesso em: 2 mai 2016.

WANDERLEY, K. L.; MOREIRA, L. F. S. **A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF 2012.

ANEXOS

ANEXO 1 – RESOLUÇÃO Nº 969/2016 – APROVA AS DIRETRIZES E METAS DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2016/2019



RESOLUÇÃO Nº. 969/2016

O Conselho Estadual de Saúde - CES/ES, no uso de suas atribuições capituladas na Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Estadual Nº 7.964, de 27 de dezembro de 2004, publicada no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo em 29 de dezembro de 2004, e Decreto Nº 921-S, de 06 de maio de 2005, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo em 09 de maio de 2005, bem como prerrogativas regimentais, e em consonância às deliberações do Plenário na 65ª Reunião Extraordinária, realizada em 29 de setembro de 2016.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar as Diretrizes e Metas do Plano Estadual de Saúde 2016/2019 conforme o anexo único desta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário;

Art. 3º - O conteúdo desta Resolução, na íntegra, está disponibilizado no endereço eletrônico: www.saude.es.gov.br

Vitória-ES, 29 de setembro de 2016.

Francisco José Dias da Silva

Presidente em Exercício do Conselho Estadual de Saúde – CES/ES

Homologo a Resolução Nº. 969/2016, nos termos da Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, de acordo com a delegação contida no Art. 1º, § 1º da Lei Nº. 7.964, de 27 de dezembro de 2004, publicada em 29 de dezembro de 2004.

Ricardo de Oliveira

Secretário de Estado da Saúde

ANEXO 2 - PLANO PLURIANUAL (PPA) - LEI Nº 10.489 - PPA 2016-2019

<https://planejamento.es.gov.br/plano-plurianual-ppa/ppa-2016>



DIÁRIO OFICIAL

DIÁRIO OFICIAL
DOS PODERES
DO ESTADO

www.dio.es.gov.br

Vitória (ES), Sexta-feira, 15 de Janeiro de 2016

Edição Nº 24166

PODER EXECUTIVO - SUPLEMENTO

GOVERNADORIA DO ESTADO

LEI

LEI Nº 10.489

Dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2016-2019 e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Faço saber que a Assembleia Legislativa decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2016-2019, em cumprimento ao disposto no art. 150, § 1º, da Constituição Estadual.

§ 1º Integram o Plano Plurianual os seguintes Anexos:
I - Anexo I - Indicadores de Resultado;

II - Anexo II - Programas dos Poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública; e

III - Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado.

§ 2º Ficam dispensados de integrar o Plano Plurianual os programas destinados exclusivamente a operações especiais.

§ 3º O Poder Executivo, por intermédio da Secretaria de Estado de Economia e Planejamento – SEP, dará publicidade, na Internet, aos programas constantes nos Anexos II e III definidos no § 1º deste artigo, por classificação institucional e por microrregião.

Art. 2º Constituem Diretrizes da Administração Pública Estadual, para o quadriênio 2016-2019, os pilares estratégicos a seguir discriminados:

I - ajustar as contas públicas;

II - instituir um governo em rede com a sociedade;

III - construir avanços sociais;

IV - promover o desenvolvimento econômico diversificado, sustentável e inclusivo;

V - promover a mudança estrutural e comportamental na relação com os recursos naturais e o meio ambiente; e

VI - combater a corrupção.

Art. 3º Os indicadores, de que trata o Anexo I desta Lei, em conformidade com o estabelecido na Portaria MOG nº 42, de 14.4.1999, têm por finalidade mensurar o resultado dos programas.

Art. 4º Os Anexos II e III, mencionados no art. 1º desta Lei, compreendem os programas do Governo para o quadriênio 2016-2019, indicando, a cada programa, seu tipo, objetivo, público-alvo, órgão responsável, valor global por origem dos recursos, bem como suas ações, regionalizadas por meta física e valor.

§ 1º Os códigos e os títulos dos programas e ações do Plano Plurianual serão aplicados nas leis orçamentárias e créditos adicionais e nas leis que os modificarem.

§ 2º Os valores consignados no Plano Plurianual para programas e ações são referenciais e não se constituem em limites à programação das despesas expressas nas leis orçamentárias e nos créditos adicionais.

Art. 5º A gestão do Plano Plurianual observará os princípios de eficiência, eficácia e efetividade e compreenderá a implementação, o monitoramento, a avaliação e a revisão de programas.

§ 1º Caberá ao Poder Executivo, por intermédio da SEP, estabelecer normas complementares para a gestão do Plano Plurianual 2016-2019.

§ 2º O Poder Executivo manterá módulo de informações gerenciais e de planejamento para apoio à gestão do Plano Plurianual no Sistema Integrado de Gestão das Finanças Públicas do Espírito Santo – SIGEFES.

Art. 6º Os programas do Plano Plurianual 2016-2019 serão anualmente avaliados conforme definido no art. 4º, I, "e", da Lei Complementar Federal nº 101, de 04.5.2000.

§ 1º Os órgãos e unidades orçamentárias do Poder Executivo responsáveis por programas ou ações, nos termos do Anexo III desta Lei, deverão manter atualizadas, durante cada exercício financeiro, na forma estabelecida pela SEP, as informações referentes à execução física das ações dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade e à execução física e financeira das demais ações constantes dos programas sob sua responsabilidade.

§ 2º Aplica-se aos órgãos e unidades orçamentárias dos Poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, responsáveis por programas ou ações, nos termos do Anexo II desta Lei, o disposto no § 1º deste artigo.

Art. 7º A inclusão, exclusão ou alteração de programas constantes desta Lei serão encaminhadas à Assembleia Legislativa por meio de projeto de lei específico ou de revisão do Plano Plurianual, ressalvado o disposto no art. 8º desta Lei.

Art. 8º A inclusão, exclusão ou alteração de ações, de suas metas e regionalização, no Plano Plurianual, quando necessárias e que envolvam recursos dos orçamentos do Estado, poderão ocorrer por intermédio da Lei Orçamentária Anual ou de seus créditos adicionais, alterando-se na mesma proporção o valor do respectivo programa, respeitado o disposto no art. 152 da Constituição Estadual.

Art. 9º O Poder Executivo, por intermédio da SEP, fica autorizado a:

I - alterar o órgão responsável por programa;

II - incluir, excluir ou alterar indicador de resultado e registrar a mensuração de seu respectivo índice; e

III - adequar meta física e incluir, excluir ou alterar unidade orçamentária responsável de ação para compatibilizá-la com alterações efetivadas por leis orçamentárias anuais e seus créditos adicionais ou por leis que alterem o Plano Plurianual, como as decorrentes de mudança em seu valor, produto ou unidade de medida.

Art. 10. O Poder Executivo, por intermédio da Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, enviará ao Poder Legislativo, até o dia 30 de setembro de cada exercício financeiro, relatório de avaliação do PPA 2016/2019, que conterá:

I - Demonstrativo da execução dos programas do plano, contendo os principais resultados alcançados, a última apuração dos índices dos indicadores de desempenho e resultados e a execução física e financeira das suas ações;

II - Demonstrativo da programação e da execução física e financeira regionalizada das ações do Plano;

III - demonstrativo da execução física e financeira acumulada de todas as ações do Plano.

Art. 11. Integra esta Lei, o Anexo – Emendas Parlamentares.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Anchieta, em Vitória, 14 de Janeiro de 2016.

PAULO CESAR HARTUNG GOMES
Governador do Estado



PPA 2016/2018
Anexo I - Indicadores de Resultado

ANEXO I
INDICADORES DE RESULTADO

EDUCAÇÃO

Desafio - Elevar a qualidade do ensino e aprendizagem na rede pública

Indicador	Fonte	Situação Atual	Apurado em
IDEB - Anos INICIAIS do EF Estadual	INEP	5,3	2013
IDEB - Anos FINAIS do EF Estadual	INEP	4,0	2013
IDEB - Ensino Médio Estadual	INEP	3,4	2013
Taxa de Abandono no Ensino Médio Estadual (%)	INEP	8,71	2013

Desafio - Elevar a eficácia da educação de jovens e adultos

Indicador	Fonte	Situação Atual	Apurado em
Escolaridade média da população de 25 a 54 anos (anos de estudo)	PNAD/IBGE	9,3	2011

SAÚDE

Desafio - Ampliar a resolutividade e cobertura da rede primária de saúde

Indicador	Fonte	Situação Atual	Apurado em
Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos)	TabNet/DataSUS	11,04	2013
Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (%)	TabNet/DataSUS	33,54	2014
População atendida pelas equipes de saúde familiar (%)	TabNet/DataSUS	81,15	2014
Expectativa de vida ao nascer (anos)	PNUD	75,1	2010



PPA 2016/2019
Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

Valores em R\$ 1,00

Área de Resultado 2 - SAÚDE

Tipo de Programa: PROGRAMA(S) FINALÍSTICO(S)

Programa: 0030 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Órgão Responsável: 44 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Objetivo: GARANTIR ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, APRIMORANDO A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PORTALICENDO A PARCERIA COM OS MUNICÍPIOS ESPETRANDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA.

Público Alvo: SOCIEDADE EM GERAL.

RECURSOS

Origem	Fonte	Categoria Econômica	PPA 2016/2019
			Financeiro
Organismo: Rual/Segurança	Casa	Despesas Correntes	3.191.295.514
		Despesas de Capital	215.867.708
	Recursos Vinculados do Tesouro	Despesas Correntes	2.406.833.626
		Despesas de Capital	464.010.000
		Total:	6.327.776.848

AÇÕES

Cód.	Título	Produto	Unidade de Medida	Unidade Organizacional	Regionalização	PPA 2016/2019	
						Físico	Financeiro
Projeto(s)							
1087 IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE INSUMOS DE SAÚDE						863.228	
		CENTRAL CONSTRUÍDA	PERCENTUAL	PER	SENO	100	863.228
1078 IMPLEMENTAÇÃO E PORTALICISMO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE						6.043.300	
		MUNICÍPIO ATENDIDO	UNIDADE	PER	METROPOLITANA	7	2.890.277
					CENTRAL SERRANA	8	156.947
					SUDOESTE SERRANA	7	222.087
					LITORAL SUL	8	385.722
					CENTRAL SUL	8	827.386
					CARVALHO	11	287.036
					RIO DOCE	8	812.811
					CENTRO OESTE	10	438.258
					NOROESTE	9	438.373
					NOROESTE	7	356.480
1092 CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL GERAL DE CARACICA						250.415.000	
		HOSPITAL CONSTRUÍDO	PERCENTUAL	PER	METROPOLITANA	100	250.415.000
					NOROESTE	1	100.000
1008 AMPLIAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO						410.154.972	
		UNIDADE CONSTRUÍDA/AMPLIADA/REFORMADA/REQUIPADA	UNIDADE	PER	SENO	26	409.824.972
					METROPOLITANA	1	1.000
					CENTRAL SERRANA	1	1.000
					SUDOESTE SERRANA	1	1.000
					LITORAL SUL	1	1.000
					CENTRAL SUL	1	1.000
					CARVALHO	1	1.000
					RIO DOCE	2	301.000
					CENTRO OESTE	1	1.000
					NOROESTE	1	1.000
					NOROESTE	2	121.000
1719 CONCLUSÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA						4.318.140	
		HOSPITAL CONCLUÍDO	PERCENTUAL	PER	METROPOLITANA	100	4.318.140

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

PPA 2016/2019

Valores em R\$ 1,00

Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

Atividade(x)

2186 MANUTENÇÃO DA REDE HOSPITALAR					2.585.157,911
UNIDADE MATICA	UNIDADE	PRE	METROPOLITANA	12	1.870.825.184
			CENTRAL SUL	2	10.287.484
			CARUÁO	1	20.380.513
			CENTRO OESTE	2	144.183.830
			NOROESTE	1	184.000.128
			NOROESTE	1	82.483.482
2185 MANUTENÇÃO DOS NÚCLEOS REGIONAIS DE ESPECIALIDADES E FARMÁCIAS CIDADÃS ESTADUAIS					80.594.188
UNIDADE MATICA	UNIDADE	PRE	METROPOLITANA	3	45.282.337
			CENTRAL SUL	1	21.338.877
			CENTRO OESTE	1	8.430.837
			NOROESTE	1	11.582.417
2191 CORNANCIAMENTO DOS CENTROS DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS					38.442.727
UNIDADE MATICA	UNIDADE	PRE	ESPINO	8	38.442.727
2259 APOIO FINANCEIRO ÀS AÇÕES DE SAÚDE COM ENTES E INSTITUIÇÕES PARCEIRAS					11.932.980
UNIDADE JERÔNICA	UNIDADE	PRE	ESPINO	200	8.632.280
			METROPOLITANA	8	386.000
			CENTRAL SERRANA	3	81.000
			ALCANTARA SERRANA	3	146.000
			LITORAL SUL	8	811.000
			CENTRAL SUL	3	331.000
			CARUÁO	3	8.000
			RIO DOCE	8	871.700
			CENTRO OESTE	4	211.000
			NOROESTE	4	231.000
			NOROESTE	4	828.000
2682 DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS					280.846,879
MEDICAMENTO CONCRETO	UNIDADE	PRE	ESPINO	100.000.000	280.846,879
2720 MANUTENÇÃO DA REDE DE SANGUE E HEMODERIVADOS					30.212.888
UNIDADE MATICA	UNIDADE	PRE	ESPINO	8	30.212.888
4889 CONTRAPARTIDA FINANCEIRA AOS MUNICÍPIOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS					48.717,887
MUNICÍPIO BENEFICIÁRIO	UNIDADE	PRE	METROPOLITANA	7	4.481.880
			CENTRAL SERRANA	8	3.187.042
			ALCANTARA SERRANA	7	4.481.880
			LITORAL SUL	8	8.088.088
			CENTRAL SUL	8	8.088.288
			CARUÁO	10	7.011.488
			RIO DOCE	8	3.824.482
			CENTRO OESTE	10	8.374.088
			NOROESTE	8	8.736.878
			NOROESTE	7	4.481.880
4725 ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR À REDE PÚBLICA DE SAÚDE					2.640.833,333
ENFERMAGEM/PROCEDEMENTO CONTRATADO	UNIDADE	PRE	ESPINO	28.000	2.640.833,333
			METROPOLITANA	1	1.000
			CENTRAL SERRANA	1	1.000
			ALCANTARA SERRANA	1	1.000
			LITORAL SUL	1	1.000
			CENTRAL SUL	1	1.000
			CARUÁO	1	1.000
			RIO DOCE	1	1.000
			CENTRO OESTE	1	1.000
			NOROESTE	1	1.000
			NOROESTE	1	1.000

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

PPA 2016/2019

Valores em R\$ 1,00

Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

4787 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU						143.736.427
ATENDIMENTO REALIZADO	UNIDADE	PMS	ESPÍCIO	400.000		143.736.427

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

PPA 2016/2019 Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

Valores em R\$ 1,00

Programa: 0031 - IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Órgão Responsável: 44 - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Objetivo: PREVENIR, CONTROLAR E ALERTAR SOBRE SURTOS, EPIDEMIAS, AGRAVOS E INJÚRIAS E AUMENTAR O PROTAGONISMO DO CIDADÃO NOS CUIDADOS COM A PRÓPRIA SAÚDE, PREVENÇÃO E AUTOCUIDADO.

Público Alvo: SOCIEDADE EM GERAL.

RECURSOS

Origem	Fonte	Categoria Econômica	PPA 2016/2019
Organismo Focal/Segurança	Cota	Despesas Correntes	1.359.080
	Recursos Vinculados do Tesouro	Despesas Correntes	56.469.650
	Alocado pelo Órgão	Despesas de Capital	19.024.000
	Total:		66.852.730

AÇÕES

Cód.	Título	Produto	Unidade de Medida	Unidade Orçamentária	Regionalização	PPA 2016/2019	
						Físico	Financeiro
Atividade(s)							
2084	POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE - VIDA SAUDÁVEL						13.387.000
		AÇÃO REALIZADA	UNIDADE	PBS	SEPNCO	201	13.387.000
2981	VIGILÂNCIA EM SAÚDE						14.386.380
		ATIVIDADE REALIZADA	UNIDADE	PBS	SEPNCO	8.000	14.286.380
					NOPOESTE	1	100.000
4892	MANUTENÇÃO DO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA E INSTITUTO BIOLÓGICO						14.363.110
		UNIDADE MANUTENÇÃO	UNIDADE	PBS	METROPOLITANA	2	14.243.110
4893	MANUTENÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE						2.373.730
		UNIDADE MANUTENÇÃO	UNIDADE	PBS	SEPNCO	4	2.373.730
4701	VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS E SERVIÇOS						36.872.530
		ATIVIDADE REALIZADA	UNIDADE	PBS	SEPNCO	2.400	36.872.530



PPA 2016/2019 Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

Valores em R\$ 1,00

Tipo de Programa: PROGRAMA(S) DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS E ÁREAS ESPECIAIS

Programa: 0031 GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO - CHOQUE DE GESTÃO

Órgão Responsável: 44 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Objetivo: PLANEJAR, COORDENAR, IMPLANTAR, AVALIAR E CONTROLAR POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A ÁREA DE SAÚDE, COM ÊNFASE NA EFICIÊNCIA E QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS.

Público-Alvo: SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE.

RECURSOS

Origem	Fonte	Categoria Econômica	PPA 2016/2019
Orçamento Fiscal/Segurança	Cassa	Despesas Correntes	Financeiro
			121.003.791
	Recursos Vinculados do Tesouro	Despesas de Capital	27.341.100
		Despesas Correntes	8.189.722
Total:			156.534.613

AÇÕES

Cód.	Título	Produto	Unidade de Medida	Unidade Organizacional	Regionalização	PPA 2016/2019	
						Público	Financeiro
Projeto(s)							
1077	MODERNIZAÇÃO E MELHORIA DA EFICIÊNCIA DA GESTÃO EM SAÚDE						9.107.622
	AÇÃO IMPLANTADA		UNIDADE	PER	ESTADO	80	9.107.622
					METROPOLITANA	1	1.000
					CENTRAL BERRAVAL	1	1.000
					SUDOESTE BERRAVAL	1	1.000
					LITORAL SUL	1	1.000
					CENTRAL SUL	1	1.000
					CARVALO	1	1.000
					RO DOCE	1	1.000
					CENTRO OESTE	1	1.000
					NOROESTE	1	1.000
					NOROESTE	1	1.000
1078	IMPLEMENTAÇÃO DO PORTAL DE TRANSPARÊNCIA PARA GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA						803.000
	PORTAL IMPLANTADO		PERCENTUAL	PER	ESTADO	100	803.000
1722	INFORMATIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE						86.321.251
	UNIDADE INFORMATIZADA		UNIDADE	PER	ESTADO	200	86.321.251
Atividade(s)							
2192	LOGÍSTICA INTEGRADA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DE SAÚDE						431.812
	CENTRAL MATICA		UNIDADE	PER	ESTADO	1	431.812
2232	GESTÃO DAS SUPERINTENDÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE						37.518.962
	UNIDADE MATICA		UNIDADE	PER	METROPOLITANA	1	24.564.954
					CENTRAL SUL	1	15.602.596
					CENTRO OESTE	1	17.877.481
					NOROESTE	1	4.664.381
2719	GESTÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE						258.360
	CONSELHO MATICO		UNIDADE	PER	ESTADO	1	258.360
4702	CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE						2.063.228
	PROFISSIONAL CAPACITADO		UNIDADE	PER	ESTADO	16.000	2.063.228

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

PPA 2016/2019 Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

Valores em R\$ 1,00

Tipo de Programa: PROGRAMA(S) DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS E ÁREAS ESPECIAIS

Programa: 0002 PREVIDÊNCIA SOCIAL

Órgão Responsável: 80 INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Objetivo: GARANTIR O ATENDIMENTO DE PRECITOS LEGAIS E ADMINISTRATIVOS RELATIVOS À ÁREA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, ASSEGURANDO A CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS A SERVIDORES INATIVOS E PENSIONISTAS, VINCULADOS OU NÃO AO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO.

Público Alvo: SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS E PENSIONISTAS.

RECURSOS

Origem	Fuente	Categoria Econômica	PPA 2016/2019
Orçamento Fiscal/Seguridade	Cota	Despesas Correntes	5.741.304,572
		Despesas Correntes	12.008.073,082
		Despesas de Capital	42.743,000
		Total:	17.842.170,654

AÇÕES

Cód	Título	Produto	Unidade de Medida	Unidade Organizacional	Regionalização	PPA 2016/2019	
						Plano	Projeção
Projeto(s)							
1987	CONSTRUÇÃO OU AQUISIÇÃO DA NOVA SEDE DO IPAM						47.205,000
		IMÓVEL ADQUIRIDO/CONSTRUIDO	UNIDADE	IPAM	ESTADO	1	47.205,000
Atividade(s)							
2070	ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE						174.308,000
		UNIDADE MANTIDA	UNIDADE	IPAM	ESTADO	1	174.308,000
2086	REMUNERAÇÃO DE PESSOAL ATIVO E ENCARGOS SOCIAIS						81.438,000
		SERVIDOR REMUNERADO	UNIDADE	IPAM	ESTADO	184	81.438,000
Operação(ões) Especial(ais)							
9008	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA						208.863,000
		SERVIDOR INATIVO	UNIDADE	IPAM	ESTADO	208	208.863,000
9019	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO						218.807,000
		SERVIDOR INATIVO	UNIDADE	IPAM	ESTADO	218	218.807,000
9089	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO						385.185,000
		SERVIDOR INATIVO	UNIDADE	IPAM	ESTADO	198	385.185,000
9108	COMPLEMENTAÇÃO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES						248.809,272
		APOSENTADO BENEFICIÁRIO	UNIDADE	ESTRUTURA	METROPOLITANA	11	800,000
				LIBR	ESTADO	11	3.080,000
				DO	ESTADO	100	14.280,000
				ICAP	ESTADO	118	830.124
				ICAP/PR	ESTADO	107	22.481,000
				DIR-ES	ESTADO	587	184.077,000
				INABEN	ESTADO	8	1.880,000
				PIS	ESTADO	200	4.318.148
				LAUR	ESTADO	28	840,000
				ENC. INABEN	ESTADO	228	33.118,000
9110	CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA COMPLEMENTAR						8.942.308,382
				ESTRUTURA	METROPOLITANA	13.180,100	
				JUCER	ESTADO	8.177,082	
				LIBR	ESTADO	24.867,100	
				DO	ESTADO	11.275,000	
				ELPPH	ESTADO	380,000	

PREVIDÊNCIA SOCIAL

82

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

PPA 2016/2019 Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

Valores em R\$ 1,00

			ASPE	METROPOLITANA		40.000
			ICAP	ESTADO		21.806.000
			INCAPER	ESTADO		82.697.808
			DER-ES	ESTADO		37.000.000
			SETUR	ESTADO		180.000
			ISMA	ESTADO		80.000
			ASERH	ESTADO		40.000
			RECU	ESTADO		2.828.832.330
			FAARE	ESTADO		1.728.000
			PRE	ESTADO		310.818.888
			REAP	ESTADO		40.000.000
			PCBR	ESTADO		478.000.000
			PAER	ESTADO		1.240.438.888
			CMER	ESTADO		80.000.000
			CEPLAN	ESTADO		28.000.000
			LABR	ESTADO		20.300.000
			PLAJ	ESTADO		34.808.000
			ENC-ARER	ESTADO		718.880.078
0119	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DA DEFENSORIA PÚBLICA					70.184.000
	SERVIÇO PAO	UNIDADE	PLAJ	ESTADO	38	70.184.000
0124	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DAS AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES					413.814.000
	SERVIÇO PAO	UNIDADE	PLAJ	ESTADO	1.300	413.814.000
0125	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DAS DEMAIS UNIDADES ORÇAMENTÁRIAS DO PODER EXECUTIVO					5.036.114.000
	SERVIÇO PAO	UNIDADE	PLAJ	ESTADO	10.680	5.036.114.000
0126	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO					1.238.048.000
	SERVIÇO PAO	UNIDADE	PLAJ	ESTADO	1.140	1.238.048.000
0127	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DOS CARTÓRIOS NÃO ORGANIZADOS DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO					57.853.000
	SERVIÇO PAO	UNIDADE	PLAJ	ESTADO	240	57.853.000
0683	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DA SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO					755.790.000
	SERVIÇO PAO	UNIDADE	PLAJ	ESTADO	4.748	755.790.000
0684	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DO FUNDEB/SEU					2.521.104.000
	SERVIÇO PAO	UNIDADE	PLAJ	ESTADO	14.800	2.521.104.000
0729	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE					762.887.000
	SERVIÇO PAO	UNIDADE	PLAJ	ESTADO	3.150	762.887.000
0885	COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA					11.890.000
			PLAJ	ESTADO		11.890.000

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

PPA 2016/2019

Valores em R\$ 1,00

Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

CONCURSO REALIZADO	UNIDADE	PROCON	RETIDO	1	125.000
		BRAM	RETIDO	1	130.000
		IPAJ	RETIDO	1	167.000
1202 REFORMA DA SEDE DA ESESP					775.000
IMÓVEL REFORMADO	UNIDADE	ESESP	RETIDO	1	775.000
Atividade(s)					4.061.835
2070 ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE					4.061.835
UNIDADE MANTIDA	UNIDADE	ESESP	RETIDO	1	4.061.835
2077 CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DE RECURSOS HUMANOS					40.663.899
SERVIDOR CAPACITADO E TREINADO	UNIDADE	RECINT	RETIDO	130	647.800
		RECIN	RETIDO	30	1.300.000
		RTVRS	RETIDO	10	40.000
		POS	RETIDO	35	211.166
		BRPAZ	RETIDO	800	888.000
		JUCRS	RETIDO	17	1.138.258
		FUNBRPAZ	RETIDO	800	4.887.000
		BRP	RETIDO	79	2.324.000
		UBH	RETIDO	38	180.000
		ABRBR	RETIDO	215	440.000
		DIO	RETIDO	72	864.000
		PROCBET	RETIDO	232	1.487.848
		BRORS	RETIDO	43	40.000
		BUPPH	RETIDO	10	44.000
		PRM-RS	RETIDO	1	100.000
		APPR	RETIDO	9	987.000
		BRAS	RETIDO	10	40.000
		ICAP	RETIDO	147	40.000
		ICAPBR	RETIDO	720	1.848.218
		CRMA	RETIDO	80	40.000
		BRCT	RETIDO	80	320.000
		PAPBR	RETIDO	20	120.000
		BRCP	RETIDO	45	280.000
		DRRS	RETIDO	220	775.000
		ICPR	RETIDO	80	40.000
		ARR	RETIDO	20	880.000
		BRJRI	RETIDO	42	40.000
		BRPORT	RETIDO	8	110.000
		BRCLT	RETIDO	80	200.000
		APRBR	RETIDO	10	40.000
		BRAMA	RETIDO	30	180.000
		BRNA	RETIDO	400	4.875.000
		ACBRH	RETIDO	80	888.000
		PABR	RETIDO	38	483.000
		PR	RETIDO	800	431.812
		BRSP	RETIDO	100	800.000
		PCBR	RETIDO	100	400.000
		PABR	RETIDO	280	2.000.000
		CBPR	RETIDO	38	690.000
		CBPRC	RETIDO	8	70.000
		CBTRAH	RETIDO	800	8.800.000
		FUNBRPOC	RETIDO	1	40.000
		FUNBRCON	RETIDO	200	1.800.000
		FUNBRCC	RETIDO	10	40.000
		BRUR	RETIDO	2.000	40.000
		UABR	RETIDO	800	1.000.000
		PRC	RETIDO	100	2.000.000
		BRAM	RETIDO	10	40.000

DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL DO SERVIDOR PÚBLICO

85

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

PPA 2016/2019

Valores em R\$ 1,00

Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

SERVIDOR CAPACITADO E TREINADO	UNIDADE	IPAJM	REVENHO	106	112.000
2095 REMUNERAÇÃO DE PESSOAL ATIVO E ENCARGOS SOCIAIS					5.324.500
SERVIDOR REMUNERADO	UNIDADE	REVENHO	REVENHO	24	5.324.500
2180 FORMAÇÃO DE TÉCNICOS E GESTORES					1.737.025
SERVIDOR TREINADO/CAPACITADO	UNIDADE	REVENHO	REVENHO	8.000	1.737.025
2287 CAPACITAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS					6.797.185
SERVIDOR CAPACITADO E TREINADO	UNIDADE	REVENHO	REVENHO	65.000	6.797.185
4250 GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS					13.577.064
POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	PROPOSTA	REVENHO	REVENHO	100	13.577.064
9054 PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO					1.626.414
SERVIDOR BENEFICIÁRIO	UNIDADE	INCAPER	REVENHO	730	427.086
		ARM	REVENHO	30	202.408
		INRA	REVENHO	372	200.000
		REVENHO	REVENHO	25.000	300.000
		REVENHO	REVENHO	2.000	200.000
Operação(ões) Especial(is)					
9114 RESERVA PARA O PAGAMENTO DE PESSOAL DECORRENTE DE PROVIMENTOS POR MEIO DE CONCURSO PÚBLICO					142.286.576
		REVENHO	REVENHO		64.448.307
		REVENHO	REVENHO		15.969.744
		REVENHO	REVENHO		61.868.525
9115 RESERVA PARA A REESTRUTURAÇÃO DE CARGOS E CARRERAS E REVISÃO DE REMUNERAÇÃO					795.201.738
		REVENHO	REVENHO		311.134.000
		REVENHO	REVENHO		58.086.758
		REVENHO	REVENHO		336.021.000

DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL DO SERVIDOR PÚBLICO

96

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

PPA 2016/2019

Valores em R\$ 1,00

Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

Programa: 0204 - GESTÃO DA POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DO GOVERNO DO ESTADO

Órgão Responsável: 10 - GOVERNADORIA DO ESTADO

Objetivo: DIVULGAR AS AÇÕES DO GOVERNO E PRODUIR NOTÍCIAS, PUBLICIDADE E AÇÕES DE MARKETING.

Público Alvo: ÓRGÃOS PÚBLICOS ESTADUAIS.

RECURSOS

Origem	Fonte	Categoria Econômica	PPA 2016/2019
			Financeiro
Organismo Fiscal/Segurança	Casa	Despesas Correntes	159.911.905
		Despesas de Capital	800.000
	Aprovação pelo Órgão	Despesas Correntes	43.733.838
	Recursos Vinculados de Outras Fontes	Despesas Correntes	180.000
Total:			204.565.773

AÇÕES

Cód.	Título	Produto	Unidade de Medida	Unidade Organizacional	Regionalização	PPA 2016/2019	
						Pessoal	Material
Atividade(s)							
2070 - ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE							15.795.500
		UNIDADE MATICA	UNIDADE	BECOM	ESTADO	1	15.795.500
2090 - DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL							128.574.773
		AÇÃO VINCULADA	UNIDADE	ACM	ESTADO	4	40.000
				BECOMT	ESTADO	4	218.848
				BBO	ESTADO	80	2.348.000
				RTV-ES	ESTADO	40	800.000
				POE	ESTADO	16	475.832
				VCE	ESTADO	32	81.800
				BEFAC	ESTADO	4	2.380.000
				JUCOM	ESTADO	4	981.201
				SEP	ESTADO	4	2.888.000
				UBH	ESTADO	24	280.000
				BOBOM	ESTADO	4	7.200.000
				ERESP	ESTADO	4	428.000
				DO	ESTADO	4	800.000
				PROGEMT	ESTADO	21	331.831
				BECOM	ESTADO	36	1.853.470
				SUPPLH	ESTADO	4	804.000
				PRM-ES	ESTADO	12	180.000
				AMPE	ESTADO	20	1.800.000
				ACOMPA	ESTADO	88	883.307
				BRAS	ESTADO	710	3.400.000
				CAF	ESTADO	16	1.000.000
				HCAPERH	ESTADO	40	238.000
				CRABA	ESTADO	22	130.000
				BECTH	ESTADO	40	8.300.000
				PAPES	ESTADO	4	800.000
				SETOP	ESTADO	12	12.800.000
				DEB-ES	ESTADO	12	2.888.891
				ICPES	ESTADO	4	40.000
				BECOMB	ESTADO	800	2.000.000
				ARE	ESTADO	400	1.088.128
				CURS-ES	ESTADO	40	434.848
				SETUR	ESTADO	20	3.720.000

GESTÃO DA POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DO GOVERNO DO ESTADO

99

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

PPA 2016/2019

Valores em R\$ 1,00

Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

AÇÃO VINCULADA	UNIDADE	REPORTE	ESTADO	12	2.000.000
		RECLUT	ESTADO	1.048	4.000.000
		APREH	ESTADO	4	400.000
		BRAMA	ESTADO	30	120.000
		IRMA	ESTADO	118	1.000.000
		ADMPH	ESTADO	30	40.000
		RECU	ESTADO	28	14.241.188
		PARAB	ESTADO	200	1.000.000
		PER	ESTADO	80	800.000
		BRP	ESTADO	120	2.000.000
		PCB	ESTADO	12	400.000
		PARB	ESTADO	4	40.000
		CRAB	ESTADO	4	800.000
		DEPLA	ESTADO	32	34.240.000
		RELU	ESTADO	200	2.000.000
		LABR	ESTADO	8	800.000
		PROCOH	ESTADO	24	400.000
		BRAB	ESTADO	40	4.000.000
2095 REMUNERAÇÃO DE PESSOAL ATIVO E ENCARGOS SOCIAIS					11.842.000
	UNIDADE	RECOM	ESTADO	40	11.842.000
2105 INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA COMUNICAÇÃO DO GOVERNO					48.586.500
COMUNICAÇÃO INTERNA	PERCENTUAL	RECOM	ESTADO	100	48.586.500



Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

Valores em R\$ 1,00

Programa: 0800 APOIO ADMINISTRATIVO

Órgão Responsável: 28 SECRETARIA DE ESTADO DE GESTÃO E RECURSOS HUMANOS

Objetivo: PROMOVER AÇÕES DE APOIO GOVERNAMENTAL, NO ÂMBITO DO PODER EXECUTIVO.

Público Alvo: ÓRGÃOS PÚBLICOS ESTADUAIS DAS ADMINISTRAÇÕES DIRETA E INDIRETA DO PODER EXECUTIVO.

RECURSOS

Origem	Fonte	Categoria Econômica	PPA 2016/2019
			Financeiro
Orçamento Fiscal/Segurança	Cassa	Despesas Correntes	4.862.000.190
		Despesas de Capital	134.373.612
	Aprovação pelo Órgão	Despesas Correntes	544.357.594
		Despesas de Capital	47.541.690
	Recursos Vinculados de Outras Fontes	Despesas Correntes	79.000
Total:			5.718.752.086

AÇÕES

Cód.	Título	Produto	Unidade de Medida	Unidade Orçamentária	Regionalização	PPA 2016/2019	
						Físico	Financeiro
Atividade(s)							
2075 ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE						916.746.004	
		UNIDADE MATRIZ	UNIDADE	ACV	ESTADO	1	1.731.880
				BR	ESTADO	2	32.836.690
				VCE	ESTADO	1	888.500
				BRGRN	ESTADO	1	38.828.201
				BRGRN	METROPOLITANA	1	4.430.380
				AMPE	METROPOLITANA	1	3.628.000
				ACRPRN	ESTADO	1	4.964.488
				BRAS	ESTADO	1	9.080.000
				CIAP	ESTADO	34	48.638.840
				ICAPPRN	ESTADO	1	28.064.270
				BRCT	ESTADO	1	27.988.800
				BRCTP	METROPOLITANA	1	8.814.000
				DEPRN	ESTADO	1	93.987.328
				BRCLPRN	ESTADO	1	9.874.000
				AR	ESTADO	1	10.274.617
				CLPRN	ESTADO	1	2.421.087
				BRCLPRN	METROPOLITANA	1	7.824.000
				BRCLAT	ESTADO	1	13.647.000
				BRVIA	ESTADO	1	1.808.000
				BRVIA	ESTADO	1	88.744.040
				PARPRN	ESTADO	1	12.882.000
				PR	ESTADO	1	141.714.388
				BRPP	ESTADO	1	48.981.000
				DEPRN	ESTADO	1	247.433.358
				BRPR	ESTADO	1	28.948.000
				BRVIA	ESTADO	1	33.040.000
2085 REMUNERAÇÃO DE PESSOAL ATIVO E ENCARGOS SOCIAIS						4.875.527.892	
		SERVIDOR REMUNERADO	UNIDADE	ACV	ESTADO	32	17.364.000
				BR	ESTADO	200	58.028.000
				VCE	ESTADO	48	8.138.000
				BRGRN	ESTADO	218	115.828.000
				BRGRN	ESTADO	48	17.882.000
				AMPE	ESTADO	24	10.788.000

APOIO ADMINISTRATIVO



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO

PPA 2016/2019

Valores em R\$ 1,00

Anexo III - Programas do Poder Executivo, por área de resultado

PROGRAMA RESULTADO	UNIDADE	ACRÉSC.	RECURSOS		
				30	11.818.000
				75	18.988.000
				585	207.873.828
				738	218.845.381
				180	48.325.000
				80	21.188.000
				242	108.000.000
				85	18.388.000
				20	1.800.000
				184	8.844.000
				43	20.888.000
				218	82.757.000
				30	12.083.000
				372	118.888.000
				45	8.888.000
				10.800	2.983.127.888
				200	58.188.000
				820	173.120.000
				2.318	348.848.000
				85	41.432.000
Operação(ões) Especial(is)					124.485.000
0995 - RESERVA TÉCNICA					124.485.000
				814.888	124.485.000

ANEXO 3 – PLANO DE AÇÃO DA REDE CEGONHA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB-ES

RESOLUÇÃO Nº 162/11

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993.

Considerando a Portaria GM/MS n.º 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS- a Rede Cegonha.

Considerando pactuação realizada na reunião de diretoria do COSEM-ES, dia 19/10/2011.

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar, "*ad referendum*", a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede Cegonha, de acordo com a Portaria Ministerial acima citada.

Art.2º - Aprovar, "*ad referendum*", que a Região de Saúde priorizada é a Região Norte.

Art.3º - Aprovar, "*ad referendum*", o Grupo Condutor Estadual do Espírito Santo (CGE/ES), assim composto: representante da SESA: Vera Lúcia Peruch-NEM/SSAROAS e representantes do COSEMS-ES: Joanna D'arc Vitória Barros Jaegher - Secretária Municipal de Saúde de Vila Velha e Márcia Alves Fardim Novaes - Secretária Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim.

Art.4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário

Vitória, 20 de outubro de 2011.


JOSÉ TADEU MARINO
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Núcleo Especial de Normalização
Coordenação Estadual Rede Cegonha



PLANO DE AÇÃO DA REDE CEGONHA
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
REGIÃO: NORTE, CENTRAL, SUL E
METROPOLITANA

2013-2016

“Nesse mundo de transformações e turbulências crescentes, as pessoas precisam de ajuda para aprender e inovar. As organizações também. Não basta apenas fazer o que sempre foi feito. É preciso fazer o que nunca foi feito antes.”
(CHIAVENATO, 2002)

José Renato Casagrande

Governador do Estado do Espírito Santo

Givaldo Vieira da Silva

Vice-Governador do Estado do Espírito Santo

José Tadeu Marino

Secretário de Estado da Saúde

Rosane Ernestina Mageste

Subsecretário de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde

Fabio Benezath Chaves

Subsecretário de Gestão Hospitalar

Victor Leite Wanick Mattos

Subsecretário para Assuntos de Administração e Financiamento da Atenção à Saúde

José Luiz Leal Daroz

Superintendente Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim

Cybeli Pandini Giurizatto Almeida

Superintendente Regional de Saúde Colatina

Georgea de Jesus Passos

Superintendente Regional de Saúde de Vitória

Vanete Miguel Timoteo

Superintendente Regional de Saúde de São Mateus

Maria Gorete Casagrande dos Santos

Gerente de Regulação e Assistência em Saúde

Georgia Lopes de Miranda Loura

Chefe do Núcleo Especial de Normalização

Eliane Pereira da Silva

Coordenadora Estadual da Rede Cegonha

Amanda Gomes Ribeiro
Eliete T. Melotti da Rocha
Atenção Primária em Saúde
Sandra Regina Lupim Santos
Rita de Cássia Santos Costa Santa Ana
Coordenadores Regionais da Rede Cegonha

Ary Célio de Oliveira
Edna Céllis Vaccari Baltar
Jaqueline Silvestri
Mara Lúcia Bonella
Equipe Estadual do Programa Saúde da Mulher e da Criança

- 1. RESOLUÇÃO Nº 218/11**
- 2. A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, no uso de suas atribuições legais considerando:**

A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que entre outras providências, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

O cumprimento do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que concerne à organização do Sistema Único de Saúde, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa;

A Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde / SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

A Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência, no âmbito do SUS;

A Portaria MS/GM nº 569, de 01 de junho de 2000, do Ministério da Saúde, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde /SUS;

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

A Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde;

A Portaria n. 699, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

As prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria MS/GM nº 2.669, de 03 de novembro de 2009, do Ministério da Saúde, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil;

A Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

Resolução nº162/11- CIB-ES/SUS, de 20 de outubro de 2011, Aprovar, “*ad referendum*”, a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede Cegonha.

DELIBERA:

Art.1º - Fica instituído o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, nos termos da Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, anexo I.

Art.2º - O Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha contará com apoio institucional permanente do Ministério da Saúde.

Art.3º - O Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha terá como atribuições:

I - mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;

II - apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação e implementação da Rede Cegonha;

III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;

IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da Rede Cegonha;

V - responsabilizar-se pelas cinco fases de operacionalização da Rede Cegonha:

- Adesão e diagnóstico;
- Desenho Regional da Rede Cegonha;
- Contratualização dos Pontos de Atenção;
- Qualificação dos componentes; e
- Certificação.

Art.4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 19 de dezembro 2011.

JOSÉ TADEU MARINO

Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO	08
2 – A REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	09
3 – AÇÕES E RECURSOS FINANCEIROS PARA AS REGIÕES DE SAÚDE	15
3.1- COMPONENTE 1 – PRÉ-NATAL	15
3.2 – COMPONENTE 2 – PARTO E NASCIMENTO	30
3.3 – COMPONENTE 3 – PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	66
3.4 – COMPONENTE 4 – SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO	69
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	

APRESENTAÇÃO

Controlar a mortalidade materno-infantil é um desafio no Brasil. Evitar que mães e filhos percam a vida por motivos, que na maioria das vezes, preveníveis, como a realização de um pré-natal adequado é inerente de um país em desenvolvimento.

Embora no Espírito Santo apresente índices abaixo da média nacional, estamos dando um passo importante para a diminuição dessas taxas. Levando em consideração dados apresentados, queremos reduzir a mortalidade infantil de 11,90 óbitos por grupo de cada mil nascimentos para 9,26. Com relação a mortalidade materna nossa meta é diminuir o coeficiente de 58,19 óbitos por mil nascimentos para 34.

Obviamente, que não se trata de pactuar o número de óbitos, o ideal seria que não houvesse mortes. Temos que trabalhar com índices mais próximos de zero. Para atingir o objetivo a Rede Estadual Materno Infantil composta pela Rede Cegonha/Bem Nascer os Planos Regionais ora apresentados irão organizar a assistência materno-infantil de forma integrada nos vários níveis de complexidade, desde o pré-natal, parto e nascimento e a infância.

Vale destacar o trabalho em parceria com os municípios que terão o importante papel de “abrir a porta” para a Rede Estadual Materno Infantil Rede Cegonha/Bem Nascer.

A REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

O Estado do Espírito Santo, desde 2009, vem-se desenvolvendo ações para a organização da assistência a mulher e a criança em um modelo de Rede de Atenção à Saúde. O Projeto surgiu a partir da organização e estruturação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança como uma proposta que emergiu durante a realização de oficinas com participação de todos os municípios.

A Rede Cegonha foi instituída no Âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, por meio da portaria/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Consiste numa rede de cuidados que visa a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Para a Adesão a Rede Cegonha o Estado do Espírito Santo realizou a pactuação junto ao MS, e instituiu o Grupo Condutor Estadual através da resolução nº 218/11, para mobilizar os dirigentes políticos em cada fase, apoiar a organização dos processos de trabalho voltada para implantar, programar, monitorar e avaliar os processos de implantação e implementação da rede.

No ano de 2011, por meio da Resolução da CIB nº 162/2011, o Espírito Santo aprovou a adesão à Rede Cegonha, elegendo como prioritárias as regiões Norte e Metropolitana (Resolução CIB nº 001/2012).

Em agosto de 2012 o Governo do Estado através as Secretaria Estadual de Saúde lançou o projeto Bem Nascer – projeto prioritário de Governo, que integra a rede de Atenção a Saúde da Mulher e da Criança , com o objetivo de combater a mortalidade materna e infantil no estado. Suas ações são integradas com a Rede Cegonha onde prevê recursos estaduais para a melhoria das maternidades de referencia regionais para a assistência ao parto de risco habitual e alto risco. A Secretaria Estadual de Saúde desenvolve ainda ações e liberação de recursos para os projetos de Co-financiamento da APS, transporte sanitário, construção de centros de atenção especializada regional e outros.

A Região Norte encontra-se na fase de operacionalização da contratualização com as maternidades de Alto Risco referencia para a gestação em alto risco onde foram destinados os valores de R\$ 7.258.975,36 (sete milhões duzentos e cinquenta e oito mil novecentos e setenta e cinco reais e trinta e seis centavos, referente ao custeio de

leitos de GAR, UTI adulto tipo II, UTI Neonatal tipo II . O recurso foi disponibilizado através da Portaria/MS 1858 de 30 de agosto de 2012, que aprova a primeira etapa do plano de ação da rede cegonha do Estado do Espírito Santo e aloca recursos financeiros para a sua implementação.

Os setenta e oito municípios do Estado elaboraram os planos municipais da Rede Cegonha, constituíram o grupo condutor municipal e aderiram a Rede Cegonha recebendo Recursos Financeiros no valor de R\$ 1.197.865,90 (Hum milhão, cento e noventa e sete mil, oitocentos e sessenta e cinco reais e noventa centavos), disponibilizados através das portarias/MS nº 1222, 1918 e 2556/2012 para executarem o componente Pré-Natal, na realização dos exames complementares. Devemos ressaltar que as ações para execução da rede serão desenvolvidas pelo município.

Para o ano de 2013 a Coordenação Estadual da Rede Cegonha juntamente com o Grupo Condutor Estadual estabeleceram as seguintes prioridades:

1 – REUNIÕES MENSAS DO GRUPO CONDUTOR REDE CEGONHA: Dia/mês 19/02, 12/03, 09/04, 14/05, 11/06, 09/07, 13/08, 10/09, 08/10, 12/11 e 10/12 de 13 às 17:00 horas.

2 – SISPRENATAL

- Capacitação para os 78 municípios do Estado e as maternidades vinculadas a Rede Cegonha. (programação já pronta com início em 28/02/2013 e término em 22/03/2013, com 100% de capacitações realizadas).
- Monitoramento do SISPRENATAL WEB (programação para depois do treinamento a cada três meses). Não realizado pois o programa em todo ano não funcionou de forma plena.

3 – PRÉ-NATAL

- **Monitoramento das ações:**
 - Teste rápido de gravidez, sífilis e HIV nas unidades de saúde;
 - Inserção dos exames complementares na rede básica;
 - Vinculação das gestantes nas maternidades de referencia;
 -
- SISPART e PPI. – atendimento individualizado as referencias técnicas e coordenações municipais para fechamento regionalizado do SISPART (março e abril)

4 – CAPACITAÇÕES

4.1 – Capacitações para as equipes:

- Pré-natal: PAREPS/NUERD/RH (nível superior e médio), fevereiro e março;
- Saúde na Escola (aguardando programação do PSE);
- AIDIPI Neo (Referencia Estadual da Criança).

4.2 - Capacitações para as maternidades:

- Reanimação Neo-natal (capacitações coordenadas pela Dr^a Edna);
- Parto e Nascimento (capacitação das equipes das maternidades/Ministério da Saúde);

5 – Instituir a Comissão Estadual de Protocolos

- Acolhimento e Classificação de Risco, Fluxo de Acesso e Protocolo Assistencial;
- **Maternidades 2º semestre**
 - Acolhimento
 - Protocolos (definições)
- **Atenção Primária a Saúde** (conforme programação da equipe APS)
 - Acolhimento

- Protocolos (definições)
- Linhas de cuidados.

7 – IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA NAS REGIÕES DE SAÚDE

7.1 Região Norte:

- Atualização dos cadastramentos municipais no SISPART;
- Atualização do Plano de Ação dos municípios;
- Instituição dos Grupos Condutores nos municípios;
- Contratualização risco habitual no 1º semestre: Municípios de referências / maternidades
- Contratualização alto risco: Municípios de referência / Estado / Ministério da Saúde / maternidades (legitimar fluxos pactuados na CIR e prestadores);
- Consultas e exames especializados;
- Visita às maternidades de referência alto risco;
- Visitas às maternidades de risco habitual.

7.2 Região Central:

- Reunião CIR;
- Encaminhar ao Ministério da Saúde Região Prioritária;
- Atualização dos cadastramentos municipais no SISPART;
- Atualização do Plano de Ação dos municípios nos 04 componentes;
- Instituição dos Grupos Condutores nos municípios;
- Contratualização risco habitual: Municípios de referências / maternidades
- Contratualização alto risco: Municípios de referência / Estado / Ministério da Saúde / maternidades (legitimar fluxos pactuados na CIR e prestadores);
- Consultas e exames especializados;
- Visitas as maternidades de alto risco e risco habitual.

7.3 – Região metropolitana:

- Atualização dos cadastramentos municipais no SISPART;
- Atualização do Plano de Ação dos municípios;
- Implementação dos Grupos Condutores nos municípios;

- Contratualização risco habitual 1º semestre: Municípios de referências / maternidades
- Contratualização alto risco 1º semestre: Municípios de referência / Estado / Ministério da Saúde / maternidades (legitimar fluxos pactuados na CIR e prestadores);
- Consultas e exames especializados disponibilizados na rede para a região.
- Visitas as maternidades de alto risco e risco habitual.

7.4 – Região Sul:

- Atualização dos cadastramentos municipais no SISPART;
 - Atualização do Plano de Ação dos municípios, componentes 1 e 2 (imediato) e elaboração dos componentes 2 e 4;
 - Implementação dos Grupos Condutores nos municípios;
 - Implementação das Ações do Comitê Regional de mortalidade Materna e infantil;
- ❖ Das ações ora apresentadas foram acrescentados a instituição dos Grupos Condutores Regionais e a elaboração dos planos de Ação Regional para a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde.

Para a organização da Rede Cegonha nas regiões do Estado do Espírito Santo o processo ocorreu da seguinte forma:

- Realização de seminários regionais para apresentação da Rede de Atenção;
- Realização dos Seminários Regionais da Atenção Primária a Saúde.
- Orientação aos gestores municipais, coordenadores municipais e referências regionais e câmara técnica da CIR sobre a elaboração do diagnóstico através do preenchimento de planilha com os indicadores da matriz diagnóstica da portaria/MS nº 1459/2011;
- Orientação aos gestores, coordenadores municipais, referências regionais e câmara técnica das CIRs sobre a elaboração do plano de ação que possibilitou a análise dos indicadores apresentados na Matriz diagnóstica e o desenho da RC com vista à elaboração do Plano de ação da

- Reunião na Secretária de Estado da Saúde com os prefeitos municipais, gestores municipais e com os gestores de maternidades para ressaltar a importância da rede e definição de pactuação visando à adesão dos gestores ainda não incluídos no processo e à sua qualificação.
- Reuniões do Grupo Condutor Regional com os gestores da região para construção do plano de ação regional;
- Reunião do Grupo Condutor Regional para finalização do Plano Regional considerando as orientações da coordenação estadual e do apoiador temático do MS;
- Apresentação do Plano Regional, pelos coordenadores regionais dos GCRC, as respectivas CIR para deliberação e aprovação;
- Apresentação dos Planos Regionais, pelo Coordenador Estadual do GCRC na reunião do COSEMES, Na reunião de CIB Estadual e reunião do Conselho Estadual de Saúde para deliberação e aprovação.

AÇÕES E RECURSOS FINANCEIROS PARA AS REGIÕES

Considerando a Portaria MS/SAS nº1459, de 24 de junho de 2011, a Portaria MS/SAS nº 650, de 05 de outubro de 2011, a Portaria MS/SAS nº 930, de 10 de maio de 2012, e a Portaria MS/SAS nº1020, de 29 de maio de 2013; a Rede Cegonha financiada com recursos da União, Estado e Municípios compreenderá ações nos 04 componentes, a saber:

Componente 1 - Pré-Natal

REGIÃO SUL

Adesão a rede dos 26 municípios da Região Sul no componente, com realização dos novos exames de pré natal; fornecimento de kits para as UBS e para as gestantes, conforme tabelas apresentadas a seguir.

A estimativa de gestantes de 2013 foi calculada pela seguinte fórmula: Nº nascidos vivos (2012) + 10% x 85% (SUS dependentes). Para os anos subsequentes foram adicionados 10% ao ano.

Tabela 01 - Estimativa de novos exames financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Sul (PDR 2011), 2013 a 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativas de Gestantes	8077	8884	9773	10750
Teste Rápido de Gravidez	8077	8884	9773	10750
Teste Rápido de Sífilis	16153	17768	19545	21500
Teste Rápido de HIV	16153	17768	19545	21500
Cultura de Bactéria para identificação (urina)	8077	8884	9773	10750
Eletroforese de hemoglobina	8077	8884	9773	10750
Acréscimo de mais um exame de hematócrito*	8077	8884	9773	10750
Acréscimo de mais um exame de hemoglobina*	8077	8884	9773	10750
Ultrassom obstétrico para 100% das gestantes*	8077	8884	9773	10750
Proteinúria (teste rápido) 30% das gestantes	2423	2665	2932	3225
Teste indireto de Antiglobulina Humana (TIA) 30% das gestantes	2423	2665	2932	3225

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Nota: Estimativa de exames para 100% das gestantes

* Exames que tiveram seu parâmetro aumentado em relação à PPI: hematócrito e hemoglobina em mais um exame, Ultrassom ampliado para 100% das gestantes

Tabela 02- Estimativa de exames adicionais para gestantes de alto risco financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Sul (PDR 2011), 2013 a 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes de Alto Risco	1211	1333	1466	1612
Contagem de Plaquetas	363	400	440	484
Dosagem de Proteínas (urina 24 horas)	363	400	440	484
Dosagem de Uréia	363	400	440	484
Dosagem de Creatinina	363	400	440	484
Dosagem de Ácido Úrico	363	400	440	484
Eletrocardiograma	363	400	440	484
Ultrassonografia Obstétrica com Doppler	363	400	440	484
Cardiotocografia ante-parto	363	400	440	484

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Nota: Estimativa de exames para 30% das gestantes de alto risco, segundo Memória de Cálculo do MS.

Considerando o financiamento de 100% dos novos exames de pré-natal pelo Ministério da Saúde, e o valor per capita global utilizado como base de cálculo de 49,86 por gestante – segundo Memória de Cálculo divulgada pelo Ministério da Saúde – obtém-se a estimativa do custeio dos novos exames na tabela .

Tabela 03 - Estimativa do valor dos novos exames de pré-natal financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Sul (PDR 2011), 2013 a 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes	8077	8884	9773	10750
Custeio dos novos exames de pré-natal (R\$)	402.695,79	442.965,36	487.261,90	535.988,09

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Tabela 04 - Estimativa de Kits financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Sul (PDR 2011), 2013 a 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes	8077	8884	9773	10750
Kits para UBS/CS				
Balança antropométrica	56* (R\$ 31.152,24)			
Detector Fetal	-	233* (R\$ 45.362,77)		
Kits para gestantes	8077	8884	9773	10750

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

* De acordo com cronograma divulgado pelo Departamento de Atenção Básica (2013).

Ainda, as ações de pré-natal e de saúde da criança contempladas no nível da Atenção Básica, contarão com recursos estaduais, por meio da Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde (PECAPS), instituída pelo decreto nº 3147-R, publicado no diário oficial do Espírito Santo em 22 de novembro de 2012. A política tem como objetivo garantir a ampliação e a melhoria da qualidade do acesso na atenção primária à saúde para a população do Espírito Santo, por meio da transferência de recursos financeiros fundo a fundo aos municípios capixabas, para custeio de ações e serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde, vinculada ao cumprimento de metas. Os valores do Cofinanciamento estão descritos na tabela .

Tabela 05 - Valores de repasse da Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde, referência ano PECAPS abril2013/março2014.

Recursos PECAPS			
Município	Valor Trimestral	Valor 2013*	Valor Ano PECAPS**
Alegre	R\$ 95.771,52	R\$ 287.314,56	R\$ 383.086,08
Alfredo Chaves	R\$ 40.268,16	R\$ 120.804,48	R\$ 161.072,64
Anchieta	R\$ 34.941,60	R\$ 104.824,80	R\$ 139.766,40
Apiacá	R\$ 21.839,55	R\$ 65.518,65	R\$ 87.358,20
Atílio Vivacqua	R\$ 28.106,94	R\$ 84.320,82	R\$ 112.427,76
Bom Jesus do Norte	R\$ 29.912,40	R\$ 89.737,20	R\$ 119.649,60
Cachoeiro de Itapemirim	R\$ 659.094,90	R\$ 1.977.284,70	R\$ 2.636.379,60
Castelo	R\$114.123,00	R\$ 342.396,00	R\$ 456.492,00
Divino de São Lourenço	R\$11.726,73	R\$ 35.180,19	R\$ 46.906,92
Dores do Rio Preto	R\$ 17.317,80	R\$ 51.953,40	R\$ 69.271,20
Guaçuí	R\$ 85.780,98	R\$ 257.342,94	R\$ 343.123,92
Ibitirama	R\$ 26.545,86	R\$ 79.637,58	R\$ 106.183,44
Iconha	R\$ 32.893,83	R\$ 98.681,49	R\$ 131.575,32
Irupi	R\$ 36.551,61	R\$ 109.654,83	R\$ 146.206,44
Itapemirim	R\$ 48.686,04	R\$ 146.058,12	R\$ 194.744,16
Íuna	R\$ 90.492,60	R\$ 271.477,80	R\$ 361.970,40
Jerônimo Monteiro	R\$ 32.796,00	R\$ 98.388,00	R\$ 131.184,00
Marataízes	R\$ 99.106,56	R\$ 297.319,68	R\$ 396.426,24
Mimoso do Sul	R\$ 84.627,60	R\$ 253.882,80	R\$ 338.510,40
Muniz Freire	R\$ 54.345,06	R\$ 163.035,18	R\$ 217.380,24
Muqui	R\$ 45.957,36	R\$ 137.872,08	R\$ 183.829,44
Piúma	R\$ 47.379,12	R\$ 142.137,36	R\$ 189.516,48
Presidente Kennedy	R\$ 16.181,88	R\$ 48.545,64	R\$ 64.727,52
Rio Novo do Sul	R\$ 36.369,30	R\$ 109.107,90	R\$ 145.477,20
São José do Calçado	R\$ 29.336,46	R\$ 88.009,38	R\$ 117.345,84
Vargem Alta	R\$ 57.795,00	R\$ 173.385,00	R\$ 231.180,00

Fonte: Portaria 049-R, de 25/03/2013.

Habilita os municípios a receberem recursos referentes à adesão à Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde- ES.

* Valor PECAPS 2013 (9 meses)

** Valor total ano PECAPS (abril/2013 a março/2014)

REGIÃO CENTRAL

Tabela 06 - Estimativa de novos exames financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Central nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativas de Gestantes	6938	7629	8392	9231
Teste Rápido de Gravidez	6938	7629	8392	9231
Teste Rápido de Sífilis	1388	1526	1679	1847
Teste Rápido de HIV	1388	1526	1679	1847
Cultura de Bactéria para identificação (urina)	6938	7629	8392	9231
Eletroforese de hemoglobina	6938	7629	8392	9231
Acréscimo de mais um exame de hematócrito*	6938	7629	8392	9231
Acréscimo de mais um exame de hemoglobina*	6938	7629	8392	9231
Ultrassom obstétrico para 100% das gestantes*	6938	7629	8392	9231
Proteinúria (teste rápido) 30% das gestantes	2081	2289	2518	2770
Teste indireto de Anticóculo Humano (TIA) 30% das gestantes	2081	2289	2518	2770

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Nota: Estimativa de exames para 100% das gestantes

* Exames que tiveram seu parâmetro aumentado em relação à PPI: hematócrito e hemoglobina em mais um exame, Ultrassom ampliado para 100% das gestantes

Tabela 07 - Estimativa de exames adicionais para gestantes de alto risco financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Central nos anos de 2013, 2014, 2015, 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes de Alto Risco	1041	1144	1259	1385
Contagem de Plaquetas	312	343	378	416
Dosagem de Proteínas (urina 24 horas)	312	343	378	416
Dosagem de Uréia	312	343	378	416
Dosagem de Creatinina	312	343	378	416
Dosagem de Ácido Úrico	312	343	378	416
Eletrocardiograma	312	343	378	416
Ultrassonografia Obstétrica com Doppler	312	343	378	416
Cardiotocografia ante-parto	312	343	378	416

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Nota: Estimativa de exames para 30% das gestantes de alto risco, segundo Memória de Cálculo do MS.

Considerando o financiamento de 100% dos novos exames de pré-natal pelo Ministério da Saúde, e o valor per capita global utilizado como base de cálculo de

49,86 por gestante – segundo Memória de Cálculo divulgada pelo MS – obtém-se a estimativa do custeio dos novos exames (tabela 08)

Tabela 08: Repasse financeiro do ministério da saúde aos municípios da Região Central de Saúde, conforme cadastro de gestantes.

	2013	2013	2015	2016
Estimativa gestante	6.938	7.629	8392	9.231
Custeio de novos exames pré-natal	345.928,60	380.391,94	418.425,12	460.257,66

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Tabela 09 - Estimativa de kits financiados pelo MS para municípios da Região Central, ES

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes	6.938	7.629	8.392	9.231
Kits para as UBS/CS:	133	-	-	-
kits para gestante	6.938	7.629	8.392	9.231

Fonte: cálculo efetuado a partir de Parâmetros da Portaria 650 de 05/10

Tabela 10 - Estimativa de recursos financeiros enviados pelo Ministério da Saúde para municípios da Região de Saúde Central, por gestante captada em 2013, 2014, 2015 e 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes	6.938	7.629	8.392	9.231
Recursos financeiros	69.380,00	76.290,00	83.920,00	92.310,00

Fonte: SES-ES. Informações em Saúde, 2013.

PECAPS - Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Espírito Santo.

A Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Espírito Santo – Decreto 3147 R de 21/11/2012, tem como objetivo a garantia da ampliação e a melhoria da qualidade do acesso na atenção primária à saúde para a população do Espírito Santo, por meio da transferência de recursos financeiros fundo

a fundo aos municípios capixabas, para custeio de ações e serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde – APS, vinculada ao cumprimento de metas. (tabela 11)

Tabela 11: Repasse financeiro a PECAPS municípios da Região Central de Saúde 2013.

Município Residência	Valor Trimestral*	Valor Total 2013**
Água Branca	25.399,71	76.199,13
Alto Rio Novo	21.594,30	64.782,90
Aracruz	184.597,22	553.792,32
Baixo Guandu	97.162,74	291.488,22
Colatina	364.279,68	1.092.839,04
Governador Lindenberg	31.651,20	94.953,60
Ibiraçu	30.734,34	92.203,02
João Neiva	45.166,80	135.500,40
Linhares	370.253,22	1.110.759,66
Mantenópolis	43.221,15	129.663,45
Marilândia	33.258,06	99.774,18
Pancas	74.644,20	223.932,60
Rio Bananal	47.053,41	141.160,23
São Domingos Norte	22.179,36	66.538,08
São Gabriel da Palha	104.535,36	313.606,08
São Roque do Canaã	34.363,23	103.089,69
Sooretama	81.550,56	244.651,68
Vila Valério	42.310,62	126.931,86

Fonte: Portaria 049-R, de 25/03/2013. Habilita os municípios a receberem recursos referentes à adesão à Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde- ES.

* Valor PECAPS 2013 (9 meses)

** Valor total ano PECAPS (abril/2013 a março/2014)

REGIÃO METROPOLITANA

Adesão dos 20 municípios da Região de Saúde Metropolitana no componente, com realização dos novos exames de pré natal; fornecimento de kits para as UBS e para as gestantes, conforme tabelas apresentadas a seguir.

A estimativa de gestantes de 2013 foi calculada pela seguinte fórmula: Nº de nascidos vivos (2012) + 10% x 85% (SUS dependentes). Para os anos subsequentes foram adicionados 10% ao ano.

Tabela 12 - Estimativa de novos exames financiados pelo Ministério da Saúde para a Região de Saúde Metropolitana nos anos de 2013, 2014, 2015, 2016

	2013	214	215	2016
Estimativas de Gestantes	27.766	30.542	33.597	36.956
Teste Rápido de Gravidez***	33.319	39.982	47.978	57.573
Teste Rápido de Sífilis**	55.532	61.085	67.193	73.912
Teste Rápido de HIV**	55.532	61.085	67.193	73.912
Cultura de Bactéria para identificação (urina)*	27.766	30.542	33.597	36.956
Acréscimo de mais um exame de hematócrito*	27.766	30.542	33.597	36.956
Acréscimo de mais um exame de hemoglobina*	27.766	30.542	33.597	36.956
Ultrassom obstétrico para 100% das gestantes	27.766	30.542	33.597	36.956
Proteinúria (teste rápido) 30% das gestantes	8.330	9.163	10.079	11.087
Teste indireto de Antiglobulina Humana (TIA) 30% das gestantes	8.330	9.163	10.079	11.087

Fonte: SES-ES. Informações em Saúde. 2013

Nota: Estimativa de exames para 100% das gestantes

*Cálculo de 01 exame, ** Cálculo de 02 exames, ***Cálculo de número de NV + 20% a cada ano, conforme preconiza a Portaria de nº 534 de 28 de Março de 2012 em seu Artigo 2º, & 3ª.

Tabela 13 – Estimativa de exames adicionais para gestantes de alto risco financiados pelo Ministério da Saúde para a Região de Saúde Metropolitana nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes de Alto Risco	4.165	4.581	5.039	5.543
Contagem de Plaquetas	1.249	1.374	1.512	1.663
Dosagem de Proteínas (urina 24 horas)	1.249	1.374	1.512	1.663
Dosagem de Uréia	1.249	1.374	1.512	1.663
Dosagem de Creatinina	1.249	1.374	1.512	1.663
Dosagem de Ácido Úrico	1.249	1.374	1.512	1.663
Eletrocardiograma	1.249	1.374	1.512	1.663
Ultrassonografia Obstétrica com Doppler	1.249	1.374	1.512	1.663
Cardiotocografia ante-parto	1.249	1.374	1.512	1.663

Fonte: SES-ES. Informações em Saúde, 2013.

Nota: Estimativa de exames para 30% das gestantes de alto risco, segundo memória de cálculo do MS.

Considerando o financiamento de 100% dos novos exames de pré-natal pelo Ministério da Saúde, e o valor per capita global utilizado como base de cálculo de 49,86 por gestante – segundo memória de cálculo divulgada pelo MS – obtém-se a estimativa do custeio dos novos exames na tabela 14.

Tabela 14 – Estimativa do valor dos novos exames de pré-natal financiados pelo Ministério da Saúde para a Região de Saúde Metropolitana, nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes	27.766	30.542	33.597	36.956
Custeio dos novos exames de pré-natal	1.384.400,79	1.522.840,87	1.675.124,96	1.842.637,46

Fonte: SES-ES. Informações em Saúde, 2013.

Tabela 15 – Estimativa de Kits financiados pelo Ministério da Saúde para a Região de Saúde Metropolitana, nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes	27.766	30.542	33.597	36.956
Kits para UBS/CS	250*			
Kits para gestantes	27.766	30.542	33.597	36.956

Fonte: SES-ES. Informações em Saúde, 2013.

Nota: *Nº de unidades básicas de saúde/ centros de saúde cadastrados no CNES, na Região Metropolitana em 2013.

Considerando as modificações legais em relação ao custeio para apoio deslocamento e vale taxi para gestante não foi realizado cálculos financeiros neste quesito.

Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, a Região de Saúde Metropolitana, por meio de seus 20 municípios, fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo.

Tabela 16 – Estimativa de recursos financeiros enviados pelo Ministério da Saúde para a Região de Saúde Metropolitana, por gestante captada em 2013, 2014, 2015 e 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes	27.766	30.542	33.597	36.956
Recursos financeiros	277.657,60	305.423,36	335.965,70	369.562,27

Fonte: SES-ES. Informações em Saúde, 2013.

REGIÃO NORTE

Adesão dos 14 municípios da Região Norte no componente, com realização dos novos exames de pré natal; fornecimento de kits para as UBS e para as gestantes, conforme tabelas apresentadas a seguir.

A estimativa de gestantes de 2013 foi calculada pela seguinte fórmula: Nº nascidos vivos (2012) + 10% x 85% (SUS dependentes). Para os anos subsequentes foram adicionados 10% ao ano.

Tabela 17 - Estimativa de novos exames financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Norte nos anos de 2013, 2014, 2015, 2016

	2013	2014	2015	2016
Estimativas de Gestantes	5324	5856	6442	7086
Teste Rápido de Gravidez	5324	5856	6442	7086
Teste Rápido de Sífilis	10648	11712	12884	14172
Teste Rápido de HIV	10648	11712	12884	14172
Cultura de Bactéria para identificação (urina)	5324	5856	6442	7086
Eletroforese de hemoglobina	5324	5856	6442	7086
Acréscimo de mais um exame de hematócrito*	5324	5856	6442	7086
Acréscimo de mais um exame de hemoglobina*	5324	5856	6442	7086
Ultrassom obstétrico para 100% das gestantes*	5324	5856	6442	7086
Proteinúria (teste rápido) 30% das gestantes	1597	1757	1932	2126
Teste indireto de Antiglobulina Humana (TIA) 30% das gestantes	1597	1757	1932	2126

Fonte: SESA/SRSSM

Nota: Estimativa de exames para 100% das gestantes

* Exames que tiveram seu parâmetro aumentado em relação à PPI: hematócrito e hemoglobina em mais um exame, Ultrassom ampliado para 100% das gestantes

Tabela 18 - Estimativa de exames adicionais para gestantes de alto risco financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Norte nos anos de 2013, 2014, 2015, 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes de Alto Risco	798	878	966	1062
Contagem de Plaquetas	239	263	290	318
Dosagem de Proteínas (urina 24 horas)	239	263	290	318
Dosagem de Uréia	239	263	290	318
Dosagem de Creatinina	239	263	290	318
Dosagem de Ácido Úrico	239	263	290	318
Eletrocardiograma	239	263	290	318
Ultrassonografia Obstétrica com Doppler	239	263	290	318
Cardiotocografia ante-parto	239	263	290	318

Fonte: SESA/SRSSM

Nota: Estimativa de exames para 30% das gestantes de alto risco, segundo Memória de Cálculo do MS.

Considerando o financiamento de 100% dos novos exames de pré-natal pelo Ministério da Saúde, e o valor per capita global utilizado como base de cálculo de 49,86 por gestante – segundo Memória de Cálculo divulgada pelo MS – obtém-se a estimativa do custeio dos novos exames na tabela 19.

Tabela 19 - Estimativa do valor dos novos exames de pré-natal financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Norte (PDR 2011), 2013 a 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes	5324	5856	6442	7086
Custeio dos novos exames de pré-natal (R\$)	265.454,64	291.980,16	321.198,12	353.307,96

Fonte: SESA/SRSSM

O kit para as UBS foram calculados considerando a quantidade de UBS cadastradas por ocasião da avaliação externa do PMAQ e tem seu cronograma de entrega estimado para 2013 e 2014 respectivamente para a balança antropométrica e sonar para a Região Norte de Saúde. O Kit de UBS será financiado apenas uma vez durante o período de 2013-2016.

Tabela 20 - Estimativa de Kits financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Norte (PDR 2011), 2013 a 2016.

	2013	2014	2015	2016
Estimativa de Gestantes	5324	5856	6442	7086
Kits para UBS/CS				
Balança antropométrica	53*	-	-	-
Valor:	29.483,37			
Sonar	-	112*	-	-
Valor:		21.805,28		
Kits para gestantes	5324	5856	6442	7086

Fonte: SESA/SRSSM

* De acordo com cronograma divulgado pelo Departamento de Atenção Básica (2013).

Considerando as modificações legais que estabeleceu o corte ao custeio para apoio deslocamento e vale taxi para gestante, não foi realizado cálculo financeiro deste componente.

Considerando as modificações legais em relação ao custeio para apoio deslocamento e vale taxi para gestante não foi realizado cálculo financeiro neste quesito.

Ainda, as ações de pré-natal e de saúde da criança contempladas no nível da Atenção Básica, contarão com recursos estaduais, por meio da Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde (PECAPS), instituída pelo decreto nº 3147-R, publicado no diário oficial do Espírito Santo em 22 de novembro de 2012. A política tem como objetivo garantir a ampliação e a melhoria da qualidade do acesso na atenção primária à saúde para a população do Espírito Santo, por meio da transferência de recursos financeiros fundo a fundo aos municípios capixabas, para

custeio de ações e serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde, vinculada ao cumprimento de metas.

Tabela 21- Valores de repasse da Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde, referência ano PECAPS abril2013/março2014.

Recursos PECAPS			
Município	Valor Trimestral	Valor 2013*	Valor Ano PECAPS**
Água Doce do Norte	R\$ 36.140,64	R\$ 108.421,92	R\$ 144.562,56
Barra de São Francisco	R\$ 138.596,76	R\$ 415.790,28	R\$ 554.387,04
Boa Esperança	R\$ 41.435,49	R\$ 124.306,47	R\$ 165.741,96
Conceição da Barra	R\$ 81.510,00	R\$ 244.530,00	R\$ 326.040,00
Ecoporanga	R\$ 75.018,96	R\$ 225.056,88	R\$ 300.075,84
Jaguaré	R\$ 72.210,24	R\$ 216.630,72	R\$ 288.840,96
Montanha	R\$ 55.292,46	R\$ 165.877,38	R\$ 221.169,84
Mucurici	R\$ 13.021,42	R\$ 39.664,41	R\$ 52.085,88
Nova Venécia	R\$ 154.055,79	R\$ 462.167,37	R\$ 616.223,16
Pedro Canário	R\$ 80.421,60	R\$ 241.264,80	R\$ 321.686,40
Pinheiros	R\$ 75.892,95	R\$ 227.678,85	R\$ 303.571,80
Ponto Belo	R\$ 19.413,84	R\$ 58.241,52	R\$ 77.655,36
São Mateus	R\$ 361.184,58	R\$ 1.083.553,74	R\$ 1.444.738,32
Vila Pavão	R\$ 25.575,06	R\$ 76.725,18	R\$ 102.300,24

Fonte: Portaria 049-R, de 25/03/2013. Habilita os municípios a receberem recursos referentes à adesão à Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde- ES.

- Promover a adoção de protocolos de atenção à saúde no pré-natal

- Realizar Campanha de sensibilização e capacitação dos profissionais da saúde para uso do protocolo
- Promover Capacitação para profissionais da saúde no atendimento ao pré-natal
- Adoção da classificação de risco da gestação no atendimento pré-natal
- Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade
- Implementar ações para o processo de construção e ativação das redes de atenção à saúde do ciclo gravídico-puerperal e primeira infância
- Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno
- Pactuar fluxos assistenciais para gestantes de alto risco
- Realizar Oficinas Regionais de sensibilização ao uso de protocolo de alto risco gestacional
- Promover a Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto através da pactuação entre gestores, em conformidade com a adesão à Rede Cegonha / Rede Bem Nascer, ao local do parto
- Grupo de visitação nos serviços de referência
- Capacitação, através de oficinas descentralizadas, de grupos técnicos municipais para operar os sistemas de informação
- Fomentar a implementação das ações dos Comitês e Investigação do Óbito nas regiões
- Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva
- Implantação e implementação do ambulatório de atendimento a gestante/adolescente no Hospital Universitário (Contratualização SESAxHUCAM)
- Implantação do ambulatório especializado a doenças prevalentes da gestação no Hospital Universitário (Contratualização SESAxHUCAM)

Componente 2 - Parto e Nascimento

REGIÃO SUL

Informações básicas

Informações básicas para cálculo dos parâmetros	
População regional (IBGE, 2011)	626.503
Taxa de cobertura SUS	85,00%
Nascidos vivos	
Nº de nascidos vivos (SINASC, 2011)	8.469
Nº de nascidos vivos no SUS (85%)	7.199
Estimativa geral de gestantes	
Estimativa geral de gestantes	9.316
Estimativa geral de gestantes - risco habitual (85%)	7.919
Estimativa geral de gestantes - alto risco (15%)	1.397
Estimativa de gestantes SUS	
Estimativa de gestantes SUS	7.919
Estimativa de gestantes SUS - risco habitual	6.731
Estimativa de gestantes SUS - alto risco	1.188

Estimativa de necessidade de leitos: Obstétricos, UTI Adulto, Neonatal, UCI Neonatal, Canguru, Centro de Parto Normal, Casa da Gestante, Bebê e Puérpera

Para efeito de cálculo da suficiência de leitos na Região Sul foram considerados somente os hospitais/maternidades eleitos como referência para a Rede Bem Nascer, a saber: Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (Alto Risco), Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (Risco Habitual), Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí (Risco Habitual), Santa Casa Castelense (Risco Habitual), Hospital São José (Risco Habitual) e Hospital Maternidade Menino Jesus (Risco Habitual); conforme pactuado na Comissão Intergestores Regional Sul (CIR Sul), resoluções nº 009, 063 e 064 de 2012. Destaca-se que, por solicitação dos mesmos,

os municípios de Rio Novo do Sul e Alfredo Chaves serão vinculados ao Hospital Maternidade Menino Jesus em Itapemirim, para referência de parto de risco habitual, uma vez que esse fluxo já consta na PPI atualizada desses municípios.

Para definir o número de leitos de UTI e obstétricos a serem ampliados foi considerado, conforme parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, o número de nascidos vivos no ano de 2011 (fonte SINASC) acrescido de 10%/ano e a cobertura média SUS (85%). Dessa forma, avançar, mediante o investimento e custeio, na suficiência desses leitos. Ainda segundo parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, foram previstos a implantação de 01 Centro de Partos Normal e 01 Casa da Gestante Bebê e Puérpera com 20 camas.

Tabela 22 – Desenho da Rede Risco Habitual, segundo parâmetros de conformação da Rede Cegonha.

Hospital	CNES/ Leitos¹	Municípios Referência	Nascidos Vivos (local de residência) (2011)²
Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim	2485680 / LE(19) LS(14)	Cachoeiro de Itapemirim, Atílio Vivácqua, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Vargem Alta, Presidente Kennedy	3857
Santa Casa Castelense	6823351 / LE(10) LS(07)	Castelo	421
Hospital São José	2547317 / LE(5) LS(5)	Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado	312
Hospital Menino Jesus	6945368 / LE(18) LS(18)	Alfredo Chaves, Itapemirim, Anchieta, Iconha, Marataízes, Piúma, Rio Novo do Sul	2027
Santa Casa de Guaçu	2447029 / LE(11) LS(09)	Guaçu, Alegre, Dorcas do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Irupui, Iúna, Muniz Freire	1852
TOTAL SUL			8.469

1. LE (leitos existentes) LS (leitos cadastrados SUS)
2. Fonte: Secretaria de Estado da Saúde / Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
3. Parâmetro de cálculo: Estimativa de gestantes 2012 (nascidos vivos 2011 + 10%)*0,85 (SUS dependentes)*0,85 (Estimativa Risco habitual)*3 (dias de internação) / [0,85 (taxa de ocupação)*365]

Tabela 23- Desenho da Rede Gestação em Alto riscoNº de leitos para gestantes de alto risco (GAR) necessários para a Região Sul ES (PDR 2011), conforme parâmetros de conformação da Rede Cegonha.

Hospital	CNES/ Leito ¹	Municípios Referência	Nascidos Vivos (local de residência) (2011) ²	Leitos Alto Risco (GAR) ³
Hospital Evangélico Cachoeiro de Itapemirim	2547821/ LE(26) LS(23)	Alegre, Alfredo Chaves, Atílio Vivácqua, Cachoeiro, Castelo, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Vargem Alta, Dolores do Rio Preto, Divino de São Lourenço, Ibitirama, Irupí, Iuna, Anchieta, Iconha, Itapemirim, Marataizes, Piuma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, Apiaca, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado, Muniz Freire e Guaçuí.	8469	19

1. LE (leitos existentes) LS (leitos cadastrados SUS)
2. Fonte: Secretaria de Estado da Saúde / Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
3. Parâmetro de cálculo: Estimativa de gestantes 2012 (nascidos vivos 2011 + 10%)*0,85 (SUS dependentes)*0,15 (Estimativa alto risco)*5 (dias de internação) / [0,85 (taxa de ocupação)*365]

Tabela 24 - Nº de leitos de UTI Adulto, UTI Neonatal, UCI Convencional e UCI Canguru necessários para a Região Sul ES (PDR 2011), conforme parâmetros de conformação da Rede Cegonha.

REGIÃO SUL				
Nascidos Vivos (Local de residência) (2011)	Leitos UTI Adulto ¹	Leitos UTI Neonatal ²	Leitos UCI Convencional ²	Leitos UCI Canguru ³
8469	5	14	14	7

Parâmetros de cálculo:

1. 6% dos leitos obstétricos (Portaria MS/GM 650/2011)
2. 2 leitos/1000 nascidos vivos * 85% (SUS dependentes) (Portaria MS/GM 930/2012)
3. 1 leito/1000 nascidos vivos * 85% (SUS dependentes) (Portaria MS/GM 930/2012)

Quadro 1 – Análise da Suficiência das ações e serviços do componente parto e nascimento (GCE), 2013.

Ação ou serviço	Parâmetros estabelecidos	Necessidade	Leitos existentes (CNE S)	Leitos existentes (GCE)	Proposta de ampliação (GCE)	Proposta de qualificação (GCE)
Leitos obstétricos totais	Estimativa que contempla taxa de ocupação esperada e média de permanência	84	76	76	21	19
Leitos obstétricos risco habitual	Estimativa de gestantes de RH*3/0,85*365	65	53	53	21	-
Leitos obstétricos alto risco	Estimativa de gestantes de AR*5/0,85*365	19	23	23	-	19
Método Canguru	1 para cada 1000 nascidos vivos SUS	7	-	-	7	-
UCI	2 leitos para cada 1000 nascidos vivos SUS	14	-	-	14	-
UTI neonatal (tipo II)	2 leitos para cada 1000 nascidos vivos SUS	14	11	11	8	14
UTI adulto (tipo II)	6% dos leitos obstétricos totais	5	18	18	-	5
Centro de Parto Normal	1 CPN - 100 a 350 mil hab.	1	-	-	1	-
	2 CPN - 350 a 1 milhão hab.					
	3 CPN - 1 a 2 milhões hab.					
	4 CPN - 2 a 6 milhões hab.					
	5 CPN - 6 a 10 milhões hab.					
	6 CPN - + de 10 milhões hab.					
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera	1 para cada maternidade habilitada para atenção à gestação de alto risco	1	-	-	1	-

GCE – Grupo Condutor Estadual

Existe um total de 76 leitos obstétricos na Região Sul, sendo 49 deles cirúrgicos e 27 clínicos, havendo necessidade de remanejamento dos leitos clínicos para cirúrgicos, para atendimento da demanda de parto na região.

Em relação aos leitos para gestação de alto risco, de acordo com o cálculo da necessidade para a Região, deverão ser qualificados 19 leitos no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim.

Quanto ao risco habitual, os 53 leitos obstétricos existentes na região não suprem a necessidade estimada, de 65 leitos obstétricos de risco habitual. Além desse fato, a distribuição dos leitos nos hospitais/maternidades de referência não corresponde à necessidade estimada dos municípios de referência, conforme fluxo estabelecido em CIR. Os leitos disponíveis para o risco habitual precisam ser reorganizados dentro da região, conforme quadro abaixo.

Hospital de referência para risco habitual	Leitos existentes SUS	Necessidade calculada de leitos conforme parâmetros
Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro	14	30
Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí	09	14
Santa Casa Castelense	07	03
Hospital Menino Jesus	18	16
Hospital São José	05	02
Total	53	65

Diante desse fato, além da reorganização dos leitos nas maternidades que possuem número de leitos obstétricos maior que a necessidade calculada; será necessária a ampliação de 21 leitos para atendimento da demanda, sendo 16 leitos na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim e 05 leitos na Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí. Ambas as maternidades já tem previstos investimentos da Rede Bem Nascer para adequação da ambiência.

Em relação a UTI Adulto, o Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, referência para gestação de alto risco, possui 18 leitos de UTI adulto, havendo a necessidade de qualificar 05 leitos de UTI para o atendimento obstétrico.

Quanto a UTI Neonatal existem atualmente 11 leitos SUS na região, sendo 06 localizados no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim e 05 no Hospital Infantil São Francisco de Assis (HIFA). Há previsão de ampliação de 08 leitos no Hospital Evangélico e qualificação dos 06 existentes, totalizando os 14 leitos necessários para a região nesse estabelecimento.

No entanto, o Grupo Condutor propõe que sejam qualificados mais 03 leitos de UTIN no HIFA, uma vez que o Estado encontra-se em fase de implementação da rede e as ações de pré-natal e de assistência segura ao parto ainda não encontram-se qualificadas na região, que apresenta uma grande demanda em relação ao serviço de UTIN, com alta taxa de ocupação e demanda por vagas fora da região. Outro fator relevante que dos leitos apresentados pelo Hospital Evangélico de Cachoeiro 03 leitos são qualificados para a cirurgia pediátrica cardíaca neonatal uma vez que o hospital é referencia Estadual.

Na região inexistem leitos UCI Convencional e Canguru, para os quais a necessidade calculada foi de 14 e 7, respectivamente, ambos previstos para serem implantados no Hospital Evangélico.

Investimento Estadual

O Governo do Espírito Santo irá investir recursos estaduais em vários projetos prioritários, que terão impacto na Rede Bem Nascer, incluindo investimentos na melhoria da ambiência e humanização do atendimento nas maternidades.

Essa ação tem o objetivo de gerar melhorias na ambiência das maternidades e maior humanização da atenção prestada às mulheres e crianças. Os recursos disponibilizados serão para investimento nas maternidades de referência e deverão ser utilizados para adequação de estrutura física e aquisição de equipamentos necessários à manutenção da vitalidade materna e fetal, configurado em plano de trabalho a ser apreciado e aprovado na respectiva CIR – Comissão Intergestora Regional e homologado na CIB – Comissão Intergestora Bipartite, antes da formalização do instrumento jurídico do convênio (Tabela 43).

Tabela 25 - Investimento estadual previsto na Rede Bem Nascer para adequação da ambiência das maternidades de referência da Região Sul ES (PDR 2011).

Hospital de Referência	Investimento Rede Bem Nascer
Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim	R\$ 600.000,00
Hospital Menino Jesus	R\$ 600.000,00
Santa Casa de Guaçu	R\$ 600.000,00
Hospital Evangélico Cachoeiro	R\$ 900.000,00
Total	R\$ 2.700.000,00

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Investimentos federais

Nos quadros abaixo estão apresentadas as propostas de financiamento do componente parto e nascimento, segundo memória de cálculo dos novos investimentos e custeios da Rede Cegonha, constante no anexo II, da Portaria MS/SAS nº 1459/2011, Portaria MS/SAS nº 930/2012 e Portaria MS/SAS nº 1020/2013.

- **Qualificação dos leitos de UTI já habilitados junto ao Ministério da Saúde – acréscimo de custeio**

O incremento de recursos aos leitos já habilitados, que darão suporte ao custeio das UTI, está programado conforme quadro 2.

Quadro 2 – Valores de custeio/ano para leitos de UTI habilitados, Região Sul (PDR 2011).

Unidade	CNES	Leitos UTI Adulto Tipo II (Obstetrícia)		Leitos UTI Neonatal Tipo II	
		Recurso financeiro: Diferença de custeio/ano		Recurso financeiro: Diferença de custeio/ano	
		Nº de leitos	MS	Nº de leitos	MS
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	2547821	05	R\$ 527.702,40	06	R\$ 633.242,88
Hospital Infantil São Francisco de Assis	2485729	-	-	03	R\$ 316.621,44
Total		05	R\$ 527.702,40	09	R\$ 949.864,32

- **Ampliação dos leitos de UTI Neonatal, UCI Neonatal e Leito Canguru – custeio de novos leitos**

No anexo Quadro 3, está discriminada a programação referente à habilitação e conseqüente custeio de novos leitos.

Quadro 3 – Valores Recurso Federal para leitos de novos leitos de UTIN, UCIN e Canguru, Região Sul (PDR 2011).

Unidade	CNES	Leitos UTI Neonatal Tipo II Ampliação		Leitos UCI Neonatal		Leitos Canguru	
		Nº de leitos	MS	Nº de leitos	MS	Nº de leitos	MS
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	2547821	08	R\$ 2.102.400,00	14	R\$ 1.287.720,00	7	R\$ 183.960,00

- **Habilitação e Qualificação dos Leitos de Gestação de Alto Risco - custeio**

Dos 23 leitos obstétricos existentes no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, referência para o alto risco na região, propõe-se a habilitação, qualificação e conseqüentemente custeio de 19 leitos para gestação de alto risco (Quadro 4).

Quadro 4 – Valores de custeio/ano para leitos gestação de alto risco (GAR), Região Sul (PDR 2011).

Unidade	CNES	Leitos GAR	
		N� de leitos	MS
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	2547821	19	R\$ 1.296.845,00
Total			R\$ 1.296.845,00

- **Centro de Parto Normal e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera: custeio**

No quadro 5, está especificado a programação de custeio para 01 Centro de Parto Normal e 01 Casa de Gestante, Bebê e Puérpera com 20 camas, ambos localizados no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim.

Quadro 5 – Valores de custeio/ano para Centro de Parto Normal e Casa de Gestante, Bebê e puérpera, Região Sul (PDR 2011).

Unidade	CNES	Centro de Parto Normal		Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (20 camas)	
		Nº	MS	Nº	MS
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	2547821	01	R\$ 960.000,00	01	R\$ 720.000,00

- **Investimento (construção, reforma e aquisição de equipamentos)**

No quadro 6, está especificado a programação de investimento para construção, reforma e aquisição de equipamentos para viabilizar a implantação do Centro de Parto Normal (CPN), Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e ampliação de leitos de UTI.

Quadro 6 – Valores de investimento para construção, ampliação e aquisição de equipamentos de CPN, CGBP e UTIN, Região Sul (PDR 2011).

Unidade	CNES	CPN			CGBP (20 camas)			UTI Neonatal	
		nº	Construção	Aquisição de equipamento	nº	Reforma	Aquisição de equipamento	nº	Aquisição de equipamento
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	2547821	01	R\$ 350.000,00	R\$ 150.000,00	01	R\$ 268.650,00	R\$ 50.000,00	08	R\$ 800.000,00

REGIÃO CENTRAL

Tabela 26 - Informações para Cálculo dos Parâmetros

INFORMAÇÕES BÁSICAS PARA CÁLCULO DOS PARÂMETROS		
(1)	População Regional (IBGE, CENSO 2011)	577.142
(2)	População Beneficiária de Plano de Saúde (ANS, 2010)	200.00
(3)	População Coberta Exclusivamente pelo SUS ((1) - (2))	377.142
4)	Taxa de Cobertura SUS ((3) / (1) * 100%)	85,00%
NASCIDOS VIVOS		
(5)	Nº de nascidos vivos (SINASC, 2011)	8.357
(6)	Nº de nascidos vivos no SUS ((5) * (4))	7.103
ESTIMATIVA GERAL DE GESTANTES		
(7)	Estimativa geral de gestantes ((5) + 10%)	9.193
(8)	Estimativa geral de gestantes - risco habitual ((7) * 0,85)	7.814
(9)	Estimativa geral de gestantes - alto risco ((7) * 0,15)	1.379
ESTIMATIVA DE GESTANTES SUS- 2012		
(10)	Estimativa de gestantes SUS ((6) + 10%)	7.814
(11)	Estimativa de gestantes SUS - risco habitual ((10) * 0,85)	6.642
(12)	Estimativa de gestantes SUS - alto risco ((10) * 0,15)	1.172

Fonte: SESA/IBGE/SINASC

Tabela 27: Desenho da Rede Risco habitual e numero de leitos Risco Habitual para a Região Central ES.

Hospital	CNES/ Leitos ¹	Municípios Referência	Nascidos Vivos (local de residência) (2011) ²	Leitos Risco Habitual ³
H.Mater. São Camilo provisoriamente (90 dias) a ser avaliado em CIR Central os municípios de Ibirapu e João Neiva terão como referência a Maternidade Santa Teresa	2770326	Aracruz (indígena), Ibirapu e João Neiva - 1391 - 11	1741	13
Santa Casa Misericórdia	2448637	Colatina,	1526	10
Hospital Mater. São José	2448521	São Domingos do Norte, Gov. Lindenberg, Pancas e Vila Valério, Águia Branca, Alto Rio Novo, Marilândia e São Roque do Canaã,	1547	12
Hosp. João Santos Neves	2675714	Baixo Guandu,	389	3
Hosp. Rio Doce	2465833	Linhares, Sooretama, Rio Bananal	3069	24
Hosp. Dra Rita de Cássia	2445956	Águia Branca,Mantenópolis	91	3
Total Leitos de Risco Habitual para atendimento dos 18 municípios da Região Central: 65				

Fonte: CNES, Secretaria de Estado da Saúde / Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Tabela 28 – Desenho da Rede Gestação de Alto Risco e nº de leitos para gestantes de alto risco (GAR) necessários para a Região Central - ES (PDR 2011), conforme parâmetros de conformação da Rede Cegonha.

Hospital	CNES/ Leito ¹	Municípios Referência	Nascidos Vivos (local de residência) (2011) ²	Leitos Alto Risco (GAR)
Hospital São José	2448521	Águia Branca, Alto Rio Novo, Marilândia e São Roque do Canaã, São Domingos do Norte, Gov. Lindenberg, Mantenópolis, Pancas e Vila Valério, Baixo Guandu, Águia Branca	1547	8
Hosp. Rio Doce	2465833	Linhares, Sooretama, Rio Bananal	3069	7
Hosp. Jaime Santos Neves	7257406	Aracruz (indígena), Ibraçu e João Neiva		4
Total		18 municípios		19 leitos

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde / Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

1. **Parâmetro de cálculo:** Estimativa de gestantes 2012 (nascidos vivos 2011 + 10%)*0,85 (SUS dependentes)*0,15 (Estimativa alto risco)*5 (dias de internação) / [0,85 (taxa de ocupação)*365]

Tabela 29 - Nº de leitos de UTI Adulto, UTI Neonatal, UCI Convencional e UCI Canguru necessários para a Região Central ES (PDR 2011), conforme parâmetros de conformação da Rede Cegonha.

REGIAO CENTRAL					
	Leitos UTI Adulto	Leitos UTI Neonatal	Leitos UCI Convencional	Leitos UCI Canguru	Nascidos Vivos (Local de residência) (2011)
Existentes	25	16	14	0	8357
Necessários	8	14	14	6	

Fonte: Portaria MS/GM 650/2011, Portaria MS/GM 930/2012

**Análise de Suficiência das Ações e Serviços do Componente Parto e Nascimento
(GCE)**

Tabela 30: - Hospital Maternidade São José- CNES nº 2448521- Colatina-ES

	Qualificação	Quantidade solicitada (Plano de Ação)	Financeiro (Anual)
Leitos GAR	Qualificar	8	1.191.360,00
UTI Adulto II	Qualificar	6	1.576.800,00
Leito UTI Neonatal II	Qualificar	6	1.576.800,00
UCI Neonatal II	Qualificar	6	551.880,00
Método Canguru	Qualificar	3	78.840,00
Total			4.975.680,00

1. 1 leito/1000 nascidos vivos (Portaria MS/GM 930/2012).

Tabela 31 - Hospital Maternidade Jaime Santos Neves CNES nº7257406- Serra-ES

	Qualificação	Quantidade solicitada (Plano de Ação)	Financeiro (Anual)
Leitos GAR	Qualificar	4	595.680,00
UTI Adulto II	Qualificar	2	525.600,00
Leito UTI Neonatal II	Qualificar	3	788.400,00
UCI Neonatal II	Qualificar	3	275.940,00
Método Canguru	Qualificar	1	26.280,00
Total			2.211.900,00

FONTE:Portaria MS/GM 650/2011, Portaria MS/GM 930/2012

Tabela 32: Hospital Maternidade Rio Doce – CNES – 2465833 – Linhares-ES

	Quantidade solicitada (Plano de Ação)	Financeiro (Anual)
Centro Parto Normal	1	960.000,00
Leitos GAR	7	1.042.440,00
UTI Adulto II	4	1.050.000,00
Leito UTI Neonatal II	5	1.314.000,00
UCI Neonatal II	5	459.900,00
Método Canguru	2	52.560,00
Total		4.878.900,00

1. **Fonte: Secretaria de Estado da Saúde / Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**
2. **Parâmetro de cálculo:** Estimativa de gestantes 2012 (nascidos vivos 2011 + 10%)*0,85 (SUS dependentes)*0,85 (Estimativa Risco habitual)*3 (dias de internação) / [0,85 (taxa de ocupação)*365]
3. No Hospital e Maternidade Rio Doce será construído a CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA referencia para os municípios da Região Central de Saúde.

Tabela 33 - Repasse financeiro as gestantes cadastradas no sistema.

REPASSE FINACEIRO MS			
ESTIMATIVA GESTANTE	2014	2015	2016
REPASSE FINACEIRO GESTANTE	76.290,00	83.920,00	92.310,00

FONTE: Portaria MS/GM 650/2011, Portaria MS/GM 930/2012

REGIÃO METROPOLITANA

A Rede Cegonha da Região de Saúde Metropolitana a partir dos dados e indicadores encontrados planejou ao longo de quatro anos, construir, habilitar e custear leitos obstétricos na região, leitos para gestantes de alto risco, leitos de UTI neonatal e leitos de Cuidados Intermediários Convencionais e Canguru.

Tabela 34 - Dados básicos para cálculo dos parâmetros

INFORMAÇÕES BÁSICAS PARA CÁLCULO DOS PARÂMETROS		
(1)	POPULAÇÃO REGIONAL (IBGE, CENSO 2011)	1.955.755
(2)	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE (ANS, 2011)	200.000
(3)	POPULAÇÃO COBERTA EXCLUSIVAMENTE PELO SUS ((1) - (2))	1.755.755
(4)	TAXA DE COBERTURA SUS ((3) / (1) * 100%)	85,00%
NASCIDOS VIVOS		
(5)	Nº DE NASCIDOS VIVOS (SINASC, 2011)	30.419
(6)	Nº DE NASCIDOS VIVOS NO SUS ((5) * (4))	25.856
ESTIMATIVA GERAL DE GESTANTES		
(7)	ESTIMATIVA GERAL DE GESTANTES ((5) + 10%)	33.461
(8)	ESTIMATIVA GERAL DE GESTANTES - RISCO HABITUAL ((7) * 0,85)	28.442
(9)	ESTIMATIVA GERAL DE GESTANTES - ALTO RISCO ((7) * 0,15)	5.019
ESTIMATIVA DE GESTANTES SUS		
(10)	ESTIMATIVA DE GESTANTES SUS ((6) + 10%)	28.442
(11)	ESTIMATIVA DE GESTANTES SUS - RISCO HABITUAL ((10) * 0,85)	24.176
(12)	ESTIMATIVA DE GESTANTES SUS - ALTO RISCO ((10) * 0,15)	4.266

Fonte: SESA/IBGE/SINASC

Nas tabelas 35 e 36 observamos a necessidade de leitos obstétricos de risco habitual e alto risco por municípios de residência da gestante, nos dando assim parâmetros para adequação das necessidades de implantação de novos leitos para a região.

Tabela 35 - Necessidades de Leitos de Risco Habitual e Alto Risco, por município de Residência, para a Região de Saúde Metropolitana.

MUNICÍPIO	CÓDIGO IBGE	POPULAÇÃO 100%	POPULAÇÃO 2011 70%	NASCIDOS VIVOS	NÚMERO DE GESTANTES (NASCIDOS VIVOS MAIS 10%)	NÚMERO DE GESTANTES SUS 85% DAS GESTANTES	RISCO HABITUAL 85% DAS GESTANTES SUS	ALTO RISCO
AFONSO CLÁUDIO	320010	31.004	21.703	418	460	391	332	59
BREJETUBA	320115	11.933	8.353	172	189	161	137	24
CARIACICA	320130	350.615	245.431	6.016	6.618	5.625	4.781	844
CONCEIÇÃO DO CASTELO	320170	11.741	8.219	146	161	137	116	20
DOMINGOS MARTINS	320190	31.946	22.362	412	453	385	327	58
FUNDÃO	320220	17.334	12.134	254	279	237	202	36
GUARAPARI	320240	106.583	74.608	1.646	1.811	1.539	1.308	231
IBATIBA	320245	22.609	15.826	332	365	310	264	47
ITAGUAÇU	320270	14.107	9.875	136	150	127	108	19
ITARANA	320290	10.840	7.588	95	105	89	76	13
LARANJA DA TERRA	320316	10.818	7.573	117	129	109	93	16
MARECHAL FLORIANO	320334	14.422	10.095	205	226	192	163	29
SANTA LEOPOLDINA	320450	12.223	8.556	140	154	131	111	20
SANTA MARIA DE JETIBÁ	320455	34.591	24.214	536	590	501	426	75
SANTA TERESA	320460	21.916	15.341	258	284	241	205	36
SERRA	320555	416.029	291.220	7.450	8.195	6.966	5.921	1.045
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	320560	20.776	14.543	256	282	239	203	36
VIANA	320510	65.888	46.122	1.062	1.168	993	844	149
VILA VELHA	320520	419.854	293.898	6.173	6.790	5.772	4.906	866
VITÓRIA	320530	330.526	231.368	4.595	5.055	4.296	3.652	644
TOTAL	-	1.955.755	1.369.029	30.419	33.461	28.442	24.176	4.266

Fonte: SESA/IBGE/SINASC

Parâmetros de cálculo

Leitos de Risco Habitual=85% do Nº de gestantes usuárias do SUS x Média de Permanência (3 dias)/Tx ocupação (85%) x365

Leitos de Alto Risco = 15% do Nº de gestantes usuárias do SUS x Média de Permanência (5 dias)/ Tx. o

Leitos de UTI Adulto para rede Cegonha=6% do total de leitos obstétricos necessários

Leitos UTI Neonatal= 2 leitos para cada 1000 nascidos vivos.

Leitos Canguru=1 leito para cada 1000 nascidos vivos

Tabela 37 - Necessidades de Leitos de UTIN, UCI, UTI Adulto e Leito Canguru, por município de Residência, da Região de Saúde Metropolitana.

MUNICÍPIO	NECESSIDADES OBSTÉTRICAS		TOTAL DE LO NECESSÁRIOS	NECESSIDADES LEITOS UTIN	NECESSIDADES LEITOS UTI/RC	NECESSIDADES LEITOS UCI	NECESSIDADES LEITOS CANGURU
	RH	AR					
Afonso							
Cláudio	3,2	0,94	4	0,8	0,2	0,8	0,4
Brejetuba	1,3	0,39	2	0,3	0,1	0,3	0,2
Cariacica	46,2	13,60	60	12,0	3,6	12,0	6,0
Conceição do							
Castelo	1,1	0,33	1	0,3	0,1	0,3	0,1
Domingos							
Martins	3,2	0,93	4	0,8	0,2	0,8	0,4
Fundão	2,0	0,57	3	0,5	0,2	0,5	0,3
Guarapari	12,6	3,72	16	3,3	1,0	3,3	1,6
Ibatiba	2,6	0,75	3	0,7	0,2	0,7	0,3
Itaguaçu	1,0	0,31	1	0,3	0,1	0,3	0,1
Itarana	0,7	0,21	1	0,2	0,1	0,2	0,1
Laranja da							
Terra	0,9	0,26	1	0,2	0,1	0,2	0,1
Marechal							
Floriano	1,6	0,46	2	0,4	0,1	0,4	0,2
Santa							
Leopoldina	1,1	0,32	1	0,3	0,1	0,3	0,1
Santa Maria							
de Jetibá	4,1	1,21	5	1,1	0,3	1,1	0,5
Santa Teresa	2,0	0,58	3	0,5	0,2	0,5	0,3
Serra	57,3	16,84	74	14,9	4,4	14,9	7,5
Venda Nova							
do Imigrante	2,0	0,58	3	0,5	0,2	0,5	0,3
Viana	8,2	2,40	11	2,1	0,6	2,1	1,1
Vila Velha	47,4	13,95	61	12,3	3,7	12,3	6,2
Vitória	35,3	10,39	46	9,2	2,7	9,2	4,6
TOTAL	233,8	68,76	303	51,68	18,2	51,68	25,84

Fonte: SESA/IBGE/SINASC

Tabela 38: Maternidades de Referência para RISCO HABITUAL, Nº de leitos e repasse financeiro.

Maternidades	Total de Leitos CNES	Total de Leitos Necessários	Repasse			
			Estadual		Federal	
			Mensal	Anual	Mensal	Anual
Maternidade Municipal de Cariacica	45	55	-	600.000,00*	-	-
Pró-Matre	51	35	-	600.000,00*	-	-
São Judas Tadeu/UPAE	9	13	-	600.000,00*	-	-
FHASDOMAR	17	05	-	600.000,00*	-	-
Hosp. Madre Regina Protmann	5	11	-	600.000,00*	-	-
Padre Máximo	20	10	-	600.000,00*	-	-
Maternidade de Cobilândia	28	47	-	-	-	-
Maternidade de Carapina	16	57	-	-	-	-
Santa Casa de Misericórdia de Vitória	17	-	-	-	-	-
Total	208	234	-	3.600.000,00	-	-

(*) Repasse único

Tabela 39 - Maternidades de Referências para ALTO RISCO, Nº de leitos e repasse financeiro.

Maternidades	Total de Leitos CNES	Total de Leitos Necessários	Repasse			
			Estadual		Federal	
			Mensal	Anual	Mensal	Anual
Hosp. Jaime dos Santos Neves	60	69	-		-	-
Hucam	20		-	900.000,00*	-	-
Total	80	69	-	900.000,00*	-	-

(*) Repasse único

Tabela 40- Implantação da Casa de Gestante e Bebê na Região de Saúde Metropolitana

Casa de Gestantes e Bebê	Total de Camas	Recurso				Repasse Único de Ampliação
		Estadual		Federal		
		Mensal	Anual	Mensal	Anual	
HUCAM	10	-	-	20.000,00	240.000,00	238.500,00

Tabela 41 - Tabela de Valores de repasse de 2014 a 2016 para Casa de Gestante e Bebê para a Região de Saúde Metropolitana.

Ano	Valores de Repasses		
	Repasse único	Repasse de Custeio	Total de Repasse
2014	238.500,00	240.000,00	478.500,00
2015	-	240.000,00	240.000,00
2016	-	240.000,00	240.000,00

Tabela 42 - Tabela de Valores de repasse anual de Leitos Gestão em Alto Risco para a Região de Saúde Metropolitana.

LEITOS GAR					
AMPLIAÇÃO		QUALIFICAÇÃO		TOTAL	
FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
-	-	-	-	56	3.822.280,00
-	-	-	-	20	1.365.100,00

Tabela 43 - Tabela de Valores de repasse anual de Leitos Canguru para a Região de Saúde Metropolitana.

LEITOS CANGURU					
AMPLIAÇÃO / HABILITAÇÃO		QUALIFICAÇÃO		TOTAL	
FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
30	4.467.600,00	-	-	30	4.467.600,00
30	4.467.600,00	-	-	30	4.467.600,00

OBS: A Região de Saúde Metropolitana possui 03 (três) leitos canguru credenciados no CNES, restando uma deficiência de 27 leitos para serem qualificados.

Tabela 44 - Tabela de Valores de repasse anual para Leitos de UTI Adulto para a Região de Saúde Metropolitana.

UTI ADULTO (TIPO II)					
AMPLIAÇÃO / HABILITAÇÃO		QUALIFICAÇÃO		TOTAL	
FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
18	4.730.400,00	-	-	18	4.730.400,00
18	4.730.400,00	-	-	18	4.730.400,00

OBS: Os Leitos de UTI Adulto para a Região estarão distribuídos nos Hospitais Jaime dos Santos Neves e HUCAM.

Tabela 45 - Tabela de Valores de repasse anual para Leitos de UTIN para a Região de Saúde Metropolitana.

UTI NEONATAL (TIPO III)					
AMPLIAÇÃO / HABILITAÇÃO		QUALIFICAÇÃO		TOTAL	
FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
52	13.665.600,00	-	-	52	13.665.600,00
52	13.665.600,00	-	-	52	13.665.600,00

OBS: Os Leitos de UTIN e UCI estarão distribuídos nos Hospitais: Santa Casa de Vitória, Promatre, Hospital Dr. Dório Silva, Himaba, HUCAM e Hospital Jaime dos Santos Neves.

Tabela 46 - Tabela de Valores de repasse anual para Leitos de UCI para a Região de Saúde Metropolitana.

LEITOS UCI					
AMPLIAÇÃO / HABILITAÇÃO		QUALIFICAÇÃO		TOTAL	
FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)	FÍSICO	FINANCEIRO (ANUAL)
52	4.782.960,00	-	-	52	4.782.960,00
52	4.782.960,00	-	-	52	4.782.960,00

REGIÃO NORTE

O Plano Regional da Rede Cegonha, a partir dos dados e indicadores encontrados, contempla a construção, habilitação e custeio de leitos obstétricos, leitos para gestantes de alto risco, leitos de UTI neonatal e leitos de Cuidados Intermediários Convencionais e Canguru.

Em dezembro de 2011, com adesão do ES à Rede Cegonha (RC), a Região Norte ficou como **Região Prioritária** e, considerando o Componente PARTO E NASCIMENTO, no que se refere à suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTIN, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais no Plano de Ação da Rede Temática (PAR), nota-se que a realidade da cobertura assistencial na Região Norte, é de: 56 (cinquenta e seis) leitos em maternidade de risco habitual; 0 (zero) Leito disponíveis em maternidades de alto-risco; 0 Leitos de UTIN, 0 Leitos de UCINca, 0 Leito de UCINco. Temos 10 Leitos de UTI Adulto localizados no Hospital Santa Rita de Cássia em Barra de São Francisco e 10 Leitos UTI Adulto localizados no Hospital Regional Roberto A. Silveiras, em São Mateus. Portanto temos um vazio em relação à assistência Materna de alto risco e à assistência Neonatal.

Frente a esse cenário foi contratualizado com a Região Central de Saúde o serviço de assistência obstétrica e neonatal de alto risco com o Hospital Rio Doce em Linhares e o Hospital São José em Colatina para as gestantes da região Norte de Saúde.

Para os serviços de referência regional para partos de risco habitual, existem referências municipais, em sua maioria, em pequenos hospitais filantrópicos e Unidade Mista de Internação, porém com grandes dificuldades para a manutenção dos serviços em território municipal (falta de escala adequada), custeio alto, densidade tecnológica baixa, dificuldade de médicos pediatras, anestesistas e obstetras. Dentre eles ficou pactuado como referência de risco habitual para região o Hospital Maternidade São Mateus, Hospital Dra. Rita de Cássia em Barra de São Francisco, Hospital São Marcos em Nova Venécia e Hospital de Pinheiros.

Informações básicas

Informações básicas para cálculo dos parâmetros	
População regional (IBGE, censo 2011)	387.655
Taxa de cobertura SUS	85,00%
Nascidos vivos	
Nº de nascidos vivos (SINASC, 2011)	5.837
Nº de nascidos vivos no SUS (85%)	4.961
Estimativa geral de gestantes	
Estimativa geral de gestantes	6.420
Estimativa geral de gestantes - risco habitual (85%)	5.457
Estimativa geral de gestantes - alto risco (15%)	963
Estimativa de gestantes SUS	
Estimativa de gestantes SUS	5.457
Estimativa de gestantes SUS - risco habitual	4.638
Estimativa de gestantes SUS - alto risco	818

Análise da Suficiência de Leitos na Região

Para efeito de cálculo da suficiência de leitos na Região Norte foram considerados somente os hospitais/maternidades eleitos como referência para a Rede Bem Nascer, a saber: Risco Habitual, Hospital Maternidade São Mateus, Hospital São Marcos, Hospital Dra. Rita de Cássia e Hospital de Pinheiros. Para Alto Risco, Hospital e Maternidade São José e Hospital Rio Doce conforme pactuado na Comissão Intergestores Regional Norte (CIR Norte).

Tabela 47 - Nº de leitos de risco habitual necessários por maternidade de referência da Região Norte ES (PDR 2011), segundo parâmetros de conformação da Rede Cegonha.

Hospital	CNES/ Leitos ¹	Nascidos Vivos (local de residência) (2011) ²	Leitos Risco Habitual ³
Hospital Maternidade São Mateus	2484072 LE(27) LS(25)	2984	23
Hospital São Marcos	2484943 LE(9) LS(5)	887	7
H. Dra Rita de Cássia	2445956 LE(9) LS(9)	1091	10
Hospital de Pinheiros	2483998 LE(8) LS(5)	875	7
TOTAL NORTE		5.837	47 leitos

4. LE (leitos existentes) LS (leitos cadastrados SUS)

5. **Fonte:** SINASC, CNES

6. **Parâmetro de cálculo:** Estimativa de gestantes 2012 (nascidos vivos 2011 + 10%)*0,85 (SUS dependentes)*0,85 (Estimativa Risco habitual)*3 (dias de internação) / [0,85 (taxa de ocupação)*365]

Tabela 48 - Nº de leitos para gestantes de alto risco (GAR) necessários por maternidade de referência da Região Norte ES (PDR 2011), segundo parâmetros de conformação da Rede Cegonha.

Hospital	CNES/ Leitos ¹	Nascidos Vivos (local de residência) (2011) ²	Leitos Alto Risco ³
Hospital e Maternidade São Jose	2448521 LE(11) LS (11)	2429	5
Hospital Rio Doce	2465833 LE(26) LS (20)	3408	8
TOTAL NORTE		5.837	13 leitos

1. LE (leitos existentes) LS (leitos cadastrados SUS)
2. **Fonte:** SINASC, CNES
3. **Parâmetro de cálculo:** Estimativa de gestantes 2012 (nascidos vivos 2011 + 10%)*0,85 (SUS dependentes)*0,15 (Estimativa Risco habitual)*5 (dias de internação) / [0,85 (taxa de ocupação)*365]

Tabela 49 - Nº de leitos de UTI Adulto, UTI Neonatal, UCI Convencional e UCI Canguru necessários para a Região Norte ES (PDR 2011), conforme parâmetros de conformação da Rede Cegonha.

Nascidos Vivos (Local de residência) (2011)	Leitos UTI Adulto ¹	Leitos UTI Neonatal ²	Leitos UCI Convencional ²	Leitos UCI Canguru ³
5837	4	10	10	5

Parâmetros de cálculo:

2. 6% dos leitos obstétricos (Portaria MS/GM 650/2011)
3. 2 leitos/1000 nascidos vivos (Portaria MS/GM 930/2012)
4. 1 leito/1000 nascidos vivos (Portaria MS/GM 930/2012)

Análise da Suficiência das ações e serviços do componente parto e nascimento
(GCE), 2013.

Ação ou serviço	Parâmetros estabelecidos	Necessidade	Leitos existentes (CNE S)	Leitos existentes (GCE)	Proposta de ampliação (GCE)	Proposta de qualificação (GCE)
Leitos obstétricos totais	Estimativa que contempla taxa de ocupação esperada e média de permanência	61	56	44	17	13
Leitos obstétricos risco habitual	Estimativa de gestantes de RH*3/0,85*365	47	56	44	3	0,00
Leitos obstétricos alto risco	Estimativa de gestantes de AR*5/0,85*365	13	0	0	13	13
Método Canguru	1 para cada 1000 nascidos vivos SUS	5	0	0	5	5
UCI	2 leitos para cada 1000 nascidos vivos SUS	10	0	0	10	10
UTI neonatal (tipo II)	2 leitos para cada 1000 nascidos vivos SUS	10	16	0	0	10
UTI adulto (tipo II)	6% dos leitos obstétricos totais	4	20	16	0	4
Centro de Parto Normal	1 CPN - 100 a 350 mil hab.	1	0	0	1	1
	2 CPN - 350 a 1 milhão hab.					
	3 CPN - 1 a 2 milhões hab.					
	4 CPN - 2 a 6 milhões hab.					
	5 CPN - 6 a 10 milhões hab.					
	6 CPN - + de 10 milhões hab.					
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera	1 para cada maternidade habilitada para atenção à gestação de alto risco	1	0	0	1	1

GCE – Grupo Condutor Estadual

Existe um total de 56 leitos obstétricos na Região Norte, sendo 34 deles cirúrgicos e 22 clínicos. Em relação aos leitos para gestação de alto risco, de acordo com o cálculo da necessidade para a Região, deverão ser qualificados 13 leitos, sendo 05 no Hospital e Maternidade São José e 08 no Hospital Rio Doce.

Quanto ao risco habitual, os 44 leitos obstétricos existentes na região não suprem a necessidade estimada, de 47 leitos obstétricos de risco habitual, havendo necessidade de remanejamento dos leitos clínicos para cirúrgicos, para atendimento da demanda de parto na região.

Em relação a UTI Adulto, o Hospital e Maternidade São José e Hospital Rio Doce, referência para gestação de alto risco, terá que habilitar cada um, 02 leitos de UTI como obstétricos.

Quanto a UTI Neonatal, existem atualmente 16 leitos SUS nas duas maternidades referências, sendo 06 localizados no Hospital Rio Doce e 10 no Hospital e Maternidade São José. Para a região Norte será necessário qualificar respectivamente nessas maternidades 6 e 4 leitos de UTI Neonatal.. Já para leitos UCI Convencional e Canguru, não existem leitos nas duas maternidades para os quais a necessidade calculada foi de 4 e 6 / 2 e 3, respectivamente, previstos para serem implantados no Hospital e Maternidade São José e Hospital Rio Doce.

Investimento Estadual

O Governo do Espírito Santo irá investir recursos estaduais em vários projetos prioritários, que terão impacto na Rede Bem Nascer, incluindo investimentos na melhoria da ambiência e humanização do atendimento nas maternidades.

Essa ação tem o objetivo de gerar melhorias na ambiência das maternidades e maior humanização da atenção prestada às mulheres e crianças. Os recursos disponibilizados serão para investimento nas maternidades de referência e deverão ser utilizados para adequação de estrutura física e aquisição de equipamentos necessários à manutenção da vitalidade materna e fetal, configurado em plano de trabalho a ser apreciado e aprovado na respectiva CIR – Comissão Intergestora Regional e homologado na CIB – Comissão Intergestora Bipartite, antes da formalização do instrumento jurídico do convênio (Tabela 33).

Tabela 50 - Investimento estadual previsto na Rede Bem Nascer para adequação da ambiência das maternidades de referência da Região Norte ES (PDR 2011)

Hospital de Referência	Investimento Rede Bem Nascer
Hospital Maternidade São Mateus	R\$ 600.000,00
São Marcos	R\$ 600.000,00
Hospital Maternidade São Jose	R\$ 900.000,00
Hospital Rio Doce	R\$900.000,00
TOTAL	R\$ 3.000.000,00

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Investimentos federais

Nos quadros abaixo estão apresentadas as propostas de financiamento do componente parto e nascimento, segundo memória de cálculo dos novos investimentos e custeios da Rede Cegonha, constante no anexo II, da Portaria 1459/2011, Portaria 930/2012 e Portaria 1020/2013.

Quadro 6 – Valores de custeio/ano para Centro de Parto Normal; Casa da Gestante, Bebê e Puérpera; Leitos GAR, UTI Adulto, UTI Neonatal, UCI Neonatal e Leito Canguru por estabelecimento de saúde.

MUNICÍPIO	CNE	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO
COLATINA	2448521	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ	PRIVADA	DUPLA	FILANTRÓPICA
Ação/Serviço	Existentes	Quantidade e solicitada (Plano de Ação)	Ampliação/Qualificação	Financeiro (Anual)	
Centro de Parto Normal (CPN)	-	1	Reforma	960.000,00	
Casa da Gestante, Bebê e Puérpera	-	1	Reforma	720.000,00	
Leitos Gestação de Alto Risco	-	5	Qualificação	744.600,00	
Leito UTI Adulto Tipo II	-	2	Qualificação	211.080,96	
Leito UTI Neonatal Tipo II	-	4	Qualificação	422.161,92	
UCI Neonatal	-	4	Qualificação	367.920,00	
UCI Canguru	-	2	Ampliação	52.560,00	
Total				2.845.080,00	

MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO
LINHARES	2448521	HOSPITAL RIO DOCE	PRIVADA	DUPLA	FILANTRÓPICA
Ação/Serviço	Existentes	Quantidade solicitada (Plano de Ação)	Ampliação/Qualificação	Financeiro (Anual)	
Centro de Parto Normal (CPN)	-	0	Ampliação	0,00	
Casa da Gestante, Bebê e Puérpera	-	0	Ampliação	0,00	
Leitos Gestação de Alto Risco	-	8	Qualificação	1.191.360,00	
Leito UTI Adulto Tipo II	-	2	Qualificação	211.080,96	
Leito UTI Neonatal Tipo II	-	6	Qualificação	633.242,88	
UCI Neonatal	-	6	Qualificação	551.880,00	
UCI Canguru	-	3	Ampliação	78.840,00	
Total				2.455.322,88	

A Região Norte não possui maternidade de referência para a gestante de alto risco, sendo estas referenciadas para a Região Central. Foi apresentada a proposta para a construção do Hospital Materno Infantil para do Ministério da Saúde a ser localizado no município de São Mateus, o qual será referência para a gestação e o parto de alto risco para toda a Região. Proposta aprovada pelo Ministério da Saúde no Valor de R\$ 15.000.000,00. Enquanto isso, as gestantes de alto risco continuarão sendo atendidas nas maternidades de alto risco localizadas na Região central.

Desenho Regional - Mapa de vinculação para gestantes de alto risco (Resolução de CIR 009/2012):

Município	Pré natal de alto risco	Parto de alto risco
Jaguaré	No município	H. Rio Doce (Receberá as referências a partir de 10/07) Definir resp. Maternidade para vinculação
São Mateus	No município	
Conceição da Barra	No município	
Pedro Canário	No município	
Pinheiros	CRE São Mateus	
Nova Venécia	No município	H. São José Diretora da Maternidade Dra. Ivy
Barra de São Francisco	No município	
Água Doce do Norte	Barra de São Francisco	
Ecoporanga	Barra de São Francisco	
Montanha	Colatina	
Vila Pavão	Colatina	
Ponto Belo	CRE São Mateus	
Mucurici	CRE São Mateus	
Boa Esperança	CRE São Mateus	

Desenho Regional - Mapa de vinculação para gestantes de Risco Habitual (Resolução de CIR 009/2012)

Nova Venécia (H. São Marcos)	São Mateus (H. São Mateus)	Barra de São Francisco (Dra. Rita de Cássia)	Pinheiro ou Montanha
Nova Venécia	Conceição da Barra	Água Doce do Norte	Mucurici
Vila Pavão	Jaguaré	Barra de São Francisco	Montanha
Boa Esperança	Pedro Canário	Ecoporanga	Ponto Belo
	São Mateus		Pinheiros

Ações a serem desenvolvidas no âmbito Estadual:

Ambiência das maternidades (RDC 36/2008) (18 hospitais com maternidades para ambiência)

Reforma/ampliação para adequação da ambiência em serviços que realizam partos

- Aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência em serviços que realizam partos
- . Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas
- Implantação da Linha de Cuidado - Ciclo gravídico-puerperal
- Realizar o levantamento dos nós críticos para a implantação da Linha de Cuidado
- Formalizar a pactuação contratos e fluxos da regionalização para os municípios.
- Promover atividades de capacitação dos profissionais, conforme necessidade regional e definições estratégicas.

- Implantar a regionalização da Rede Cegonha - Linha de cuidado.
- Adoção de protocolos clínicos de assistência
- Construir novos indicadores de boas práticas
- Confeccionar protocolos de bolso, de parede com informações básicas sobre o cuidado com a mãe e o bebê.
- Construir links sobre a Rede Cegonha (informações, portarias e protocolos assistenciais) no site da SESA
- Informatização dos Hospitais para a monitoração constante dos indicadores

Telesaúde

- Implantação da Ouvidoria da Rede Cegonha.
- . Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato
- Pactuação junto com a adesão da Rede Cegonha/Rede Bem Nascer da presença do acompanhante
- Ambiência
- Incentivo às boas práticas com capacitação dos profissionais
- Divulgar classificação de Risco para as gestantes
- Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal
- Capacitação dos profissionais da saúde nos serviços de atenção obstétrica e neonatal
- Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal
- Implantação de Centros de Parto Normal
- Construção de CPN
- Aquisição de equipamentos para CPN
- Custeio dos CPN
- Implantação das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera
- Construção de Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)
- Reforma de CGBP
- Aquisição de equipamentos e materiais para CGBP
- Custeio da CGBP
- Promoção de rodas de discussão sobre equipes horizontais
- Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização
- Promoção de rodas de discussão sobre Colegiado Gestor e PNH
- Implantação de Colegiado Gestor conforme política Nacional de Humanização

- Assessorar os Hospitais no processo de implantação dos colegiados/ controle social
- Incentivar os hospitais a promover espaços para a discussão coletiva, planejamento participativo e cogestão.
- Parceria da SESA com setores e instâncias da Sociedade.

Ainda com relação ao componente, o grupo condutor estadual da rede cegonha referenda a justificativa elaborada pela área técnica estadual da saúde da criança quanto a solicitação para habilitação dos leitos de UTIN, conforme portaria MS 930/2012.

JUSTIFICATIVA PARA HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UTIN NO ESPÍRITO SANTO

Os indicadores de mortalidade e de morbidade servem para descrever as condições de morte e adoecimento da população, facilitando a investigação epidemiológica e a avaliação de intervenções saneadoras do problema. Apesar de exprimir a gravidade do fato, esses indicadores refletem uma história incompleta do acontecimento (BRASIL, 2002a).

A taxa de mortalidade infantil é um indicador utilizado para medir as condições de saúde da população, em especial da população infantil (BRASIL, 2004a).

O óbito neonatal precoce está vinculado principalmente à assistência de saúde nas maternidades. “A mortalidade neonatal está vinculada às causas preveníveis, relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade pré-natal, ao parto e ao recém nascido” (BRASIL, 2004a, p. 7).

A mortalidade pós-neonatal está relacionada às causas infecciosas, associadas à desnutrição, passíveis de prevenção (BRASIL, 2004a).

A taxa de mortalidade infantil é um indicador que possui vários componentes: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias). A Organização Mundial da Saúde a considera como ideal até 10 óbitos para cada 1.000 nascimentos, como alta (>50 óbitos por mil nascidos), média (20 a 49 óbitos por mil nascidos) e baixa (<20 óbitos por mil nascidos) (BRASIL, 2004a).

No Espírito Santo, a mortalidade infantil, em 2011, foi de 11,9 apresentando números elevados na Região Norte (13,4) e na Sul (13,6). A Região Metropolitana e Central possuem índices pouco mais baixos (11,1 e 11,6 respectivamente). A mortalidade infantil continua com elevados índices na mortalidade neonatal, demonstrando necessidade de enfrentamento das ações voltadas à assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento (TABELA 1).

Tabela 1: Taxa de mortalidade infantil, por região de saúde de residência, ES, ano 2011.

REGIÃO DE SAÚDE	Taxa de mortalidade infantil
Metropolitana	11.1
Norte	13.4
Central	11.6
Sul	13.6
TOTAL GERAL	11.9

Fonte: SESA/SIM e SINASC estadual.

Leitos UTI neonatal

A unidade de terapia intensiva neonatal é o local com recursos suficientes para manter a vitalidade dos recém-nascidos graves.

Para a assistência ao recém-nascido de risco, além da suficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para o fornecimento de um cuidado qualificado nas primeiras horas de vida, há necessidade de leitos para a continuidade desse cuidado que é fornecido com os leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINco) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINca).

No Espírito Santo, a capacidade instalada de leitos de UTIN, UCINco e UCINca, ou seja, o número de leitos cadastrados no Ministério da Saúde nas Regiões de Saúde totalizam 90, 49 e 3, respectivamente (Tabela 2). Além disso, mais 20 leitos de UTIN e 20 leitos de UCINco estão sendo abertos no Hospital Jayme Santos Neves, chegando ao total de 110 leitos de UTIN, 69 leitos de UCINco e 3 leitos de UCINca no estado, disponíveis para a população atendida pelo SUS.

Tabela 2: Leitos de Unidade Neonatal, por região de saúde, ES, ano 2013.

REGIÃO DE SAÚDE	UTIN	UCINco	Canguru
Metropolitana	63	45	3
Norte	0	0	0
Central	16	4	0
Sul	11	0	0
TOTAL GERAL	90	49	3

Fonte: CNES SESA GERA NESIAS 07.11.2013 / UTIN SUS ES 2013 (Janeiro a agosto)

A Portaria 930, publicada pelo Ministério da Saúde no ano de 2012, define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde. De acordo com essa portaria, o Espírito Santo necessita de 90 leitos de UTIN, 90 leitos de UCINco e 45 leitos de UCINca (Tabela 3), havendo um vazio

assistencial principalmente na região norte do estado, insuficiência de leitos na região central e sul. A única região que apresenta suficiência de leitos de UTIN e UCINco é a metropolitana.

Tabela 3: Necessidade de Leito Neonatal, por região de saúde, ES, ano 2011.

REGIÃO DE SAÚDE	UTIN	UCINco	Canguru
Metropolitana	52	52	26
Norte	10	10	5
Central	14	14	7
Sul	14	14	7
TOTAL GERAL	90	90	45

*Cálculo utilizando 85% dos nascidos vivos (população SUS dependente)

Portanto, diante da realidade apresentada, a habilitação de todos os leitos de UTIN existentes no estado (Tabela 4) se faz imperiosa até que se adeque todas as maternidades de alto risco para a ampliação de seus leitos neonatais, de acordo com a Portaria 930/2012, e até que haja suficiência de leitos neonatais por região de saúde.

Tabela 4: Número de leitos de UTIN cadastrados por Hospital e taxa de ocupação, ES, ano 2013.

Hospital ES (CNES)	Leitos UTIN	Taxa Ocupação
0011746 HOSPITAL SANTA CASA DE VITORIA	6	56%
0011800 HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLORIA	9	63%
0011843 PRO MATRE	7	53%
2448521 HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE	10	62%
2465833 HOSPITAL RIO DOCE	6	17%
2485729 HIFA	5	67%
2486199 HOSPITAL DORIO SILVA	16	49%
2547821 HECI HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	6	81%
2678179 HOSPITAL INFANTIL E MATERNIDADE DR ALZIR BERNADINO ALVES	13	45%
4044916 HOSPITAL DAS CLINICAS	12	59%
TOTAL GERAL	90	54%

Fonte: SESA GERA NESIAS

Componente 3 – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

REGIÃO SUL

Com a adesão dos 26 municípios da Região Sul de Saúde, este componente precisa ser desenvolvido por esta esfera de gestão.

Todo o recurso relativo a este componente já consta na programação existente (PAB/PPI/PECAPS).

REGIÃO CENTRAL

As ações deste componente devem ser executadas pelos municípios da região através de sua Atenção Básica, como, consulta de puericultura, consulta puerperal, vacinação, entre outras ações.

Todo o recurso relativo a este componente já consta na programação existente que vem na Produção da Atenção Básica (PAB) Fixo e o Variável e na Programação Pactuada e Integrada - PPI.

REGIÃO METROPOLITANA

Neste componente as ações são de responsabilidade da Atenção Básica de cada município, como, consulta de puericultura, consulta puerperal, vacinação, entre outras ações.

Todo o recurso relativo a este componente já consta na programação existente que vem na Produção da Atenção Básica (PAB) Fixo e o Variável e na Programação Pactuada e Integrada - PPI.

REGIÃO NORTE

Com a adesão dos 14 municípios da Região Norte de Saúde, este componente precisa ser desenvolvido por esta esfera de gestão.

Iniciou-se na região a qualificação da assistência a criança com oferta de educação permanente na área de linha de cuidado a crianças e adolescentes vítimas de violência (maio a junho de 2013), capacitação de tutores em AIDPI e para Rede Amamenta e Alimenta (novembro de 2013).

Todo o recurso relativo a este componente já consta na programação existente (PAB/PPI/PECAPS).

- Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável
- Capacitação dos profissionais da saúde que prestam assistência à gestante e à puérpera em relação ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável
- Incentivo à implementação da Iniciativa - Hospital Amigo da Criança
- Promover a integração Rede Cegonha / Rede Amamenta
- Produção, impressão e distribuição de material educativo sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável
- Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento
- Incentivo à ampliação de equipes de Agentes Comunitários de Saúde / da Estratégia de Saúde da Família / da Primeira Infância Melhor
- Promover a interlocução entre Maternidade e Atenção Básica na implementação da linha de cuidado materno-infantil
- Dispensação de Palivizumabe
- Busca ativa de crianças vulneráveis
- Implantação dos Ambulatório de Egressos de UTI neonatal
- Incentivo à ampliação de equipes de Agentes Comunitários de Saúde / da Estratégia de Saúde da Família / da Primeira Infância Melhor
- Promoção de rodas de discussão sobre crianças vulneráveis em equipes horizontais
- Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva
- Ampliar a adesão ao Programa de Saúde na Escola
- Promover rodas de conversa entre profissionais da saúde e da educação com a comunidade
- Estabelecer parceria com a Secretaria Estadual da Educação para proposição de ações conjuntas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/HIV/AIDS e hepatites
- Criação de espaços intra-escolares (ambiente virtual ou real) para a construção de conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes
- Prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites
- Estabelecer parceria com a Secretaria Estadual da Educação para proposição de ações conjuntas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/HIV/AIDS e hepatites
- Oferta de medicações para tratamento de DST/HIV/AIDS e hepatites

- Implantação de ambulatórios de saúde sexual e reprodutiva
- Apoiar projetos de ONGs para prevenção das DST/HIV/AIDS e hepatites entre mulheres
- Adoção de protocolos clínicos de atenção às doenças de transmissão vertical no pré-natal
- Disponibilização de exames de VDRL, HBsAg, anti-HIV, Toxoplasmose (IgG e IgM) no pré-natal
- Orientação e oferta de métodos contraceptivos
- Implantação de ambulatórios de saúde sexual e reprodutiva
- Distribuir os manuais do planejamento familiar
- Promover o acesso das mulheres a informações claras sobre métodos contraceptivos
- Distribuir preservativos / dispositivos intrauterinos / anticoncepcionais hormonais aos municípios do Estado
- Incentivo à cobertura vacinal de acordo com os parâmetros vigentes
- Oferta de consultas adequada (puericultura)
- Promover a interlocução entre Maternidade e Atenção Básica na implementação da linha de cuidado materno-infantil
- Mobilização das equipes de Agentes Comunitários de Saúde / da Estratégia de Saúde da Família / da Primeira
- Acompanhamento da busca ativa das crianças para a puericultura
- Incentivo à realização do teste do pezinho
- Incentivo à realização da triagem auditiva neonatal
- Atualizar Linhas Guias de Atenção ao Parto

Componente 4 – Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

Cabe ressaltar que o atendimento a gestante no Estado do Espírito Santo para a disponibilização do leito para atendimento ao parto e/ou intercorrência não é regulado através da central de vagas, é praticado e efetivado a disponibilização do leito através dos instrumentos Guia de referencia e contra referencia e Mapa de vinculação da gestante. Um fator que está em estudo entre coordenação estadual e a complexo regulador é a possibilidade de criação de uma Unidade de trabalho que irá regular a vinculação da gestante.

REGIÃO SUL

A regulação da estrutura da Rede Cegonha será efetuada por meio da de regulação municipal de Estadual. A regulação das vagas de UTI Adulto e Neonatal é realizada pela Central de Regulação de Vagas, localizada na Superintendência Regional de Cachoeiro de Itapemirim, que recebe a demanda e localiza vaga disponível na Rede.

SAMU 192 REGIÃO SUL

O SAMU 192 foi implantado no Espírito Santo em dezembro de 2005, sendo priorizado em seis municípios da Região Metropolitana de Vitória (Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana e Fundão) por concentrar grande parte da população do Estado; ser entrecortada por Rodovias Estaduais e Federais e ferrovia interestadual; por possuir uma melhor estruturação de Rede Hospitalar para retaguarda de pacientes; e pelo alto índice de atendimentos por causas externas (agressão por armas de fogo, acidentes de trânsito, etc.).

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

As 18 ambulâncias foram distribuídas nos seis municípios conforme descrição:

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

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

Em agosto de 2011, com o intuito de agilizar, diminuir o tempo de atendimento e prestar socorro em locais de difícil acesso, teve início o serviço de Motolâncias na Grande

Vitória. Atuando em duplas, os técnicos de enfermagem capacitados no atendimento às urgências e direção defensiva realizam o primeiro atendimento até a chegada da ambulância.

Desde 2011, o Serviço conta uma Central Regional de Regulação de Urgência, localizada no município de Vitória, realizando a cobertura de 10 municípios da Região Metropolitana (Cariacica, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Marechal Floriano, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória), e 2 municípios da Região Sul do Espírito Santo (Anchieta e Piúma). As ambulâncias e motolâncias estão distribuídas conforme descrição abaixo:

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

Devido a grande demanda de urgências verificada nos seis anos de funcionamento do SAMU 192 na Região Metropolitana da Grande Vitória, houve o interesse por parte da Secretaria de Estado da Saúde, juntamente com o Governo, de ampliar esse projeto para outros municípios do Estado. Assim, está sendo proposta a implantação deste serviço a 24 municípios da região Sul do Estado, que são eles; Alegre, Alfredo Chaves, Apiacá, Atílio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dorcas do Rio Preto, Guaçuí, Iconha, Ibitirama, Irupí, Itapemirim, Lúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta.

Com um total de 633.937 habitantes, a Região Sul contará com uma Central de Regulação Médica de Urgência, que estará localizada no município de Cachoeiro de Itapemirim, e com 25 ambulâncias, sendo 04 Unidades de Suporte Avançado (USA) e 21

Unidades de Suporte Básico (USB), localizadas estrategicamente na Região. Ressaltamos que os municípios de Anchieta e Piúma atualmente são atendidos pelo SAMU da Região Metropolitana, porém com a implantação da Central de Regulação Médica de Urgência no município de Cachoeiro de Itapemirim eles passarão a integrar o SAMU da Região Sul.

O critério utilizado para a localização das ambulâncias foi baseado no fluxo rápido de acesso às áreas de abrangência, tempo-resposta com qualidade (tempo máximo de atendimento de 30 minutos), economia de escala e tecnologia.

Os municípios de Iconha, Rio Novo do Sul, Itapemirim, Atílio Vivácqua e Mimoso do Sul, são cortados pela BR 101, que registra alto índice de acidentes de trânsito, necessitando de uma Unidade de Suporte Básico (USB) para cada município (4 USBs) e uma Unidade de Suporte Avançado (USA) centralizado no município de Itapemirim. Duas USAs e duas USBs permanecerão no município de Cachoeiro de Itapemirim, município mais populoso do Sul, 193.596 habitantes, sendo que uma fará interceptação das Unidades de Suporte Básico dos municípios vizinhos. A quarta USA abrangerá a região do Caparaó (município de Guaçu), onde está localizado o Pico da Bandeira, região de grande turismo por possuir trilhas bem sinalizadas para sua escalagem. As outras 15 USBs serão distribuídas nos seguintes municípios: Presidente Kennedy; Alfredo Chaves; Vargem Alta; Marataízes; Castelo; Jerônimo Monteiro; Muqui; Apiacá; São José do Calçado, Alegre, Muniz Freire, Iúna, Ibitirama, Divino de São Lourenço e Dolores do Rio Preto.

REGIÃO CENTRAL

Central de Regulação

Regula e controla as internações no âmbito das transferências inter hospitalar de leitos de UTIN, UTI e UADC da rede privada e SUS. O controle das vagas de enfermagem acontece diariamente, através do senso no Hospital e Maternidade Rio Doce e Hospital e Maternidade São José. A central regula também a transferência do RN que necessita de UTIN, do local de nascimento sem devido suporte a vaga disponibilizada pela central. O atendimento da gestante de alto risco é realizado através de contato dos municípios com seu hospital de referência, sendo Hospital e Maternidade Rio Doce para os municípios de Linhares, Rio Bananal e Sooretama e Hospital e Maternidade São José para os demais municípios da Região.

Projeto de implantação - SAMU 192 e Transporte Sanitário

SAMU 192 REGIÃO CENTRAL

O SAMU 192 foi implantado no Espírito Santo em dezembro de 2005, sendo priorizado em seis municípios da Região Metropolitana de Vitória (Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana e Fundão) por concentrar grande parte da população do Estado; ser entrecortada por Rodovias Estaduais e Federais e ferrovia interestadual; por possuir uma melhor estruturação de Rede Hospitalar para retaguarda de pacientes; e pelo alto índice de atendimentos por causas externas (agressão por armas de fogo, acidentes de trânsito, etc.).

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

As 18 ambulâncias foram distribuídas nos seis municípios conforme descrição:

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

A primeira expansão realizada do Serviço foi em janeiro de 2008, para o município de Guarapari com um acréscimo de duas Unidades à frota do SAMU 192 (USA E USB).

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

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

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

Desde 2011, o Serviço conta uma Central Regional de Regulação de Urgência, localizada no município de Vitória, realizando a cobertura de 10 municípios da Região Metropolitana (Cariacica, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Marechal Floriano, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória), e 2 municípios da Região Sul do Espírito Santo (Anchieta e Piúma). As ambulâncias e motolâncias estão distribuídas conforme descrição abaixo:

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

Devido a grande demanda de urgências verificada nos sete anos de funcionamento do SAMU 192 na Região Metropolitana da Grande Vitória e a falta de serviço pré-hospitalar móvel nas Regiões Norte, Central e Sul, houve o interesse por parte da Secretaria de Estado da Saúde, juntamente com o Governo, de ampliar esse projeto para outros municípios do Estado. Assim, o Governo do Estado, em parceria com os municípios, está realizando a expansão do SAMU 192 para a Região Norte do Espírito Santo.

Segundo o Plano Diretor de Regionalização 2011, há especificidades regionais e culturais nas Regiões Norte e Central do Espírito Santo, como a população indígena, as comunidades quilombolas e a etnia pomerana. As comunidades Quilombolas (grupos étnicos-raciais), estão localizadas principalmente em São Mateus e Conceição da Barra com aproximadamente 40 comunidades.

A comunidade pomerana está presente na parte serrana da Região Metropolitana, mas há um grande predomínio nas Regiões Norte e Central do Estado. Na região Norte a

comunidade está presente nos municípios de Barra de São Francisco, Vila Pavão e São Mateus.

Um estudo realizado pelo Instituto Jones, denominado “Perfil da Pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CadÚnico – 2010” apresentou a incidência maior de pessoas pobres na Região Norte do Estado, principalmente nos municípios de Mucurici, Ponto Belo, Montanha, Conceição da Barra, Ecoporanga, Água Doce do Norte, variando de 61,32% a 87,58% da população. Enquanto que os municípios de Boa Esperança, Pedro Canário, Vila Pavão, Barra de São Francisco e Jaguaré a incidência da pobreza varia de 49,22% a 61,31%. Estes estudos vêm reafirmar as desigualdades sociais e regionais que existem no Estado.

A implantação do SAMU 192 na Região Norte foi elaborada conjuntamente com a Região Central do Espírito Santo, visto que as duas regiões se complementam em suas referências no atendimento ao Trauma, Infarto e Acidente Vascular Cerebral. A Central de Regulação de Urgência permanecerá no Município de São Mateus.

Os critérios utilizados para dimensionar o número de ambulâncias e sua localização foram baseados no fluxo rápido de acesso às áreas de abrangência, de tempo médio de deslocamento da ambulância até a chegada ao local de ocorrência em 30 minutos (tempo-resposta com qualidade), economia de escala e de tecnologia.

As Unidades serão estrategicamente sediadas nos seguintes municípios:

- - Água Branca – 1 Unidade de Suporte Básico (USB);
- - Alto Rio Novo – 1 USB;
- - Aracruz – 1 Unidade de Suporte Avançado (USA) e 1 USB;
- - Baixo Guandu – 1 USB;
- - Colatina – 1 USA e 1 USB;
- - Governador Lindenberg – 1 USB;
- - Ibiraçu – 1 USB
- - João Neiva – 1 USB;
- - Linhares – 1 USA e 2 USB;
- - Mantenópolis – 1 USB;
- - Marilândia – 1 USB;
- - Pancas - 1 USB;
- - Rio Bananal - 1 USB;
- - São Domingos do Norte – 1 USB;

- - São Gabriel da Palha - 1 USB;
- - São Roque do Canaã - 1 USB;
- - Sooretama - 1 USB;
- - Vila Valério - 1 USB.

REGIÃO METROPOLITANA

• Transporte Sanitário

Já existe um Projeto de Transporte Sanitário no Estado que tem por objetivo organizar os serviços de transporte para os usuários do SUS, no qual está contemplado o transporte sanitário das gestantes, garantindo melhoria no acesso com maior conforto e resolutividade. Já se iniciaram as negociações entre Ministério da Saúde, Estado e Municípios para a organização dos serviços.

• Identificação das Centrais de Regulação

O Núcleo de Regulação e Acesso trabalha com a regulação de internações em nível ambulatorial, funcionando da seguinte forma:

1. Internação: regula, avalia e controla as internações no âmbito das transferências de vaga de pacientes internos que necessitam de atendimento especializado em hospitais da Rede SUS, para tal, existe uma equipe chamada Central de Regulação de Vagas que recebe a demanda e solicita vaga disponível, em UTI ou outros;
2. Ambulatorial: regula, avalia e controlam consultas, exames e cirurgias eletivas contratualizados pelo SUS, tal regulação é feita por uma equipe de médicos e técnicos que recebem as demandas existentes e ofertam, conforme quantitativo populacional e procedimentos disponíveis na contratualização. Os contratos para prestação de serviços são realizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo com base nas necessidades das Regiões de Saúde, nesse caso da Região de Saúde Metropolitana, composta por vinte municípios do estado do Espírito Santo, tendo como apoio as Secretarias Municipais de Saúde a fim de garantir assistência plena à população capixaba.

Os 20 municípios pertencentes à região, estão em processo de implantação e implementação do SISREG (Sistema Nacional de Regulação).

SAMU 192 REGIÃO METROPOLITANA

O SAMU 192 foi implantado no Espírito Santo em dezembro de 2005, sendo priorizado em seis municípios da Região Metropolitana de Vitória (Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana e Fundão) por concentrar grande parte da população do Estado; ser entrecortada por Rodovias Estaduais e Federais e ferrovia interestadual; por possuir uma melhor estruturação de Rede Hospitalar para retaguarda de pacientes; e pelo alto índice de atendimentos por causas externas (agressão por armas de fogo, acidentes de trânsito, etc.).

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

As 18 ambulâncias foram distribuídas nos seis municípios conforme descrição:

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

A primeira expansão realizada do Serviço foi em janeiro de 2008, para o município de Guarapari com um acréscimo de duas Unidades à frota do SAMU 192 (USA E USB).

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

Em agosto de 2011, com o intuito de agilizar, diminuir o tempo de atendimento e prestar socorro em locais de difícil acesso, teve início o serviço de Motolâncias na Grande Vitória. Atuando em duplas, os técnicos de enfermagem capacitados no atendimento às urgências e direção defensiva realizam o primeiro atendimento até a chegada da ambulância.

Desde 2011, o Serviço conta uma Central Regional de Regulação de Urgência, localizada no município de Vitória, realizando a cobertura de 10 municípios da Região Metropolitana (Cariacica, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Marechal Floriano, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória), e 2 municípios da Região Sul do Espírito Santo (Anchieta e Piúma). As ambulâncias e motolâncias estão distribuídas conforme descrição abaixo:

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

Com a grande demanda de urgências verificada nos sete anos de funcionamento do SAMU 192 na Grande Vitória; a falta de serviços de atendimento pré-hospitalares móveis para o atendimento às urgências, principalmente os agravos clínicos; e ainda como uma das ações/projeto para implementação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana do Espírito Santo, aprovado pelo Ministério da Saúde em 28 de dezembro de 2012 (Portaria nº. 3.162) o Governo do Espírito Santo, juntamente com os municípios está ampliando o SAMU 192 para os 10 (dez) municípios restantes da Região Metropolitana de saúde do Espírito Santo, que são: Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá e Santa Teresa, totalizando 182.403 habitantes.

Assim, a Região Metropolitana permanecerá com o quantitativo de ambulâncias conforme descrito abaixo:

Tabela 50 - Distribuição das Ambulâncias e Motolâncias

	Município	Ambulâncias	Motolâncias
1	Afonso Cláudio	1 USB	
2	Brejetuba	1 USB	
3	Cariacica	3 USB e 1 USA	02
4	Conceição do Castelo	1 USB	
5	Fundão	1 USB	
6	Guarapari	1 USB e 1 USA	
7	Ibatiba	1 USB	
8	Itaguaçu	1 USB	
9	Itarana	1 USB	
10	Laranja da Terra	1 USB	
11	Marechal Floriano	1 USB	
12	Serra	3 USB e 1 USA	
13	Santa Leopoldina	1 USB	
14	Santa Maria de Jetibá	1 USB	
15	Santa Teresa	1 USA	
16	Venda Nova do Imigrante	1 USA	
17	Viana	1 USB	
18	Vila Velha	3 USB e 1 USA	
19	Vitória	3 USB e 2 USA	02
	TOTAL	25 USB e 8 USA	04 Mot.

Fonte: SESA/2013

REGIÃO NORTE

A regulação da estrutura da Rede Cegonha será efetuada por meio da implantação e implementação da regulação municipal e Estadual.

SAMU 192 REGIÃO NORTE

O SAMU 192 foi implantado no Espírito Santo em dezembro de 2005, sendo priorizado em seis municípios da Região Metropolitana de Vitória (Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana e Fundão) por concentrar grande parte da população do Estado; ser entrecortada por Rodovias Estaduais e Federais e ferrovia interestadual; por possuir uma melhor estruturação de Rede Hospitalar para retaguarda de pacientes; e pelo alto índice de atendimentos por causas externas (agressão por armas de fogo, acidentes de trânsito, etc.).

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

As 18 ambulâncias foram distribuídas nos seis municípios conforme descrição:

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

A primeira expansão realizada do Serviço foi em janeiro de 2008, para o município de Guarapari com um acréscimo de duas Unidades à frota do SAMU 192 (USA E USB).

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

Em agosto de 2011, com o intuito de agilizar, diminuir o tempo de atendimento e prestar socorro em locais de difícil acesso, teve início o serviço de Motolâncias na Grande Vitória. Atuando em duplas, os técnicos de enfermagem capacitados no atendimento às urgências e direção defensiva realizam o primeiro atendimento até a chegada da ambulância.

Desde 2011, o Serviço conta uma Central Regional de Regulação de Urgência, localizada no município de Vitória, realizando a cobertura de 10 municípios da Região Metropolitana (Cariacica, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Marechal Floriano, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória), e 2 municípios da Região Sul do Espírito Santo (Anchieta e Piúma). As ambulâncias e motolâncias estão distribuídas conforme descrição abaixo:

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

Devido a grande demanda de urgências verificada nos sete anos de funcionamento do SAMU 192 na Região Metropolitana da Grande Vitória e a falta de serviço pré-hospitalar móvel nas Regiões Norte, Central e Sul, houve o interesse por parte da Secretaria de Estado da Saúde, juntamente com o Governo, de ampliar esse projeto para outros municípios do Estado. Assim, o Governo do Estado, em parceria com os municípios, está realizando a expansão do SAMU 192 para a Região Norte do Espírito Santo.

Segundo o Plano Diretor de Regionalização 2011, há especificidades regionais e culturais nas Regiões Norte e Central do Espírito Santo, como a população indígena, as comunidades quilombolas e a etnia pomerana. As comunidades Quilombolas (grupos

étnicos-raciais), estão localizadas principalmente em São Mateus e Conceição da Barra com aproximadamente 40 comunidades.

A comunidade pomerana está presente na parte serrana da Região Metropolitana, mas há um grande predomínio nas Regiões Norte e Central do Estado. Na região Norte a comunidade está presente nos municípios de Barra de São Francisco, Vila Pavão e São Mateus.

Um estudo realizado pelo Instituto Jones, denominado “Perfil da Pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CadÚnico – 2010” apresentou a incidência maior de pessoas pobres na Região Norte do Estado, principalmente nos municípios de Mucurici, Ponto Belo, Montanha, Conceição da Barra, Ecoporanga, Água Doce do Norte, variando de 61,32% a 87,58% da população. Enquanto que os municípios de Boa Esperança, Pedro Canário, Vila Pavão, Barra de São Francisco e Jaguaré a incidência da pobreza varia de 49,22% a 61,31%. Estes estudos vêm reafirmar as desigualdades sociais e regionais que existem no Estado.

A implantação do SAMU 192 na Região Norte foi elaborada conjuntamente com a Região Central do Espírito Santo, visto que as duas regiões se complementam em suas referências no atendimento ao Trauma, Infarto e Acidente Vascular Cerebral. A Central de Regulação de Urgência permanecerá no Município de São Mateus.

Os critérios utilizados para dimensionar o número de ambulâncias e sua localização foram baseados no fluxo rápido de acesso às áreas de abrangência, de tempo médio de deslocamento da ambulância até a chegada ao local de ocorrência em 30 minutos (tempo-resposta com qualidade), economia de escala e de tecnologia.

As Unidades serão estrategicamente sediadas nos seguintes municípios:

- Água Doce do Norte – 1 Unidade de Suporte Básico (USB);
- Barra de São Francisco – 1 Unidade de Suporte Avançado (USA);
- Boa Esperança – 1 USB;
- Conceição da Barra – 1 USB,
- Ecoporanga – 1 USB;
- Jaguaré – 1 USB;
- Montanha - 1 USB;

- Mucurici – 1 USB
- Nova Venécia – 1 USA;
- Pedro Canário - 1 USB;
- Pinheiros - 1 USB;
- Ponto Belo - 1 USB;
- São Mateus - 1 USB e 2 USAs;
- Vila Pavão - 1 USB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração dos Planos de Ação da Rede Cegonha para cada região nos demonstrou que no decorrer do percurso de construção da Rede Estadual Materno Infantil muitos desafios deverão ser enfrentados: Os dados apresentados na matriz diagnóstica apontam situações que chamam atenção a saber: o aumento do número de casos de sífilis congênita em todo o Estado e o percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal verifica-se que houve queda neste indicador o que nos desafia a implementarmos ações concretas junto aos municípios para ajuste dos índices.

Ao mesmo tempo é extremamente gratificante verificar que houve a redução da mortalidade infantil e o aumento da investigação e notificação dos casos de óbito materno e infantil.

Não obstante a inauguração e instalação da Maternidade Estadual “Dr. Jayme dos Santos Neves” com capacidade instalada de sessenta leitos de referencia em Gestação de Alto Risco recebe a vinculação das gestantes de dezenove municípios da Região Metropolitana e três municípios da Região Central. Hoje a maternidade é modelo de atenção de serviço prestado com qualidade e utilização prática dos dispositivos preconizados pela política nacional de humanização.

Estamos buscando percorrer o caminho certo para prestar um serviço de qualidade a população de mulheres e beb s capixabas.

Eliane Pereira da Silva

Coordenação estadual da Rede Cegonha

3. Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos. Brasília (DF): 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 766/GM, de 21 de dezembro de 2004. Determina os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS a expansão da realização do exame VDRL em todas as parturientes internadas. Brasília (DF): 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1172/GM, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília (DF): 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1119/GM, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a vigilância dos óbitos maternos. Brasília (DF): 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72/GM, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459/GM, de 10 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650/GM, de 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre os planos de ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011c.

AQUINO, MMA. Causas e fatores associados ao óbito fetal: Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP [s.n.], 1997.

ESPÍRITO SANTO. Portaria 035-R, de 27 de fevereiro de 2012. Institui as diretrizes para a Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Diário Oficial do Espírito Santo. Vitória, ES. 29 fev 2012. Seção 1, p.21.

ESPÍRITO SANTO. Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR – ES – 2011. 61p. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf

FONSECA, SC; COUTINHO, ESF. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso controle. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (2):240-252, fev, 2010.

FRIAS, PG; NAVARRO, LM. Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade. In: BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo (org). Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e atuação em Comitês de Mortalidade. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2013, p. 91-121.

KLEIN, CJ et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (1):11-16, jan-mar, 2012.

LAMY FILHO, F et al. Social inequality and perinatal health: comparison of three Brazilian cohorts. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, Ribeirão Preto, 40: 1177-1186, 2007.

LANSKY, S et al. Mortalidade infantil em Belo Horizonte: avanços e desafios. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 16(4):105-112, 2007. Suplemento 2.

LEAL, MC et al. Fatores associados a morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20: 520-533, 2004. Suplemento 1.

MORAES, EA; DEPIANTI, JB. Triagem da hemoglobina S em pacientes atendidos pelo Marcos Daniel Laboratório em Vitória, ES. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* [online]. 2008, 30(2): 165-166.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), Brasília, DF, 1993.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIBEIRO, VS; SILVA, AAM. Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (2):429-438, 2000.

SANTOS, GHN; MARTINS, MG; SOUSA, MS; BATALHA, SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2009, 31(7): 326-334.

SOARES, ES; MENEZES, GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise da situação no nível local. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 19(1): 51-60, jan-mar, 2010.

World Health Organization. Appropriate technology for birth. ***Lancet***. 1985; 2 (8452):436-7.

**ANEXO 4 – PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.
REGIÃO METROPOLITANA ESPÍRITO SANTO**



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB-ES**

RESOLUÇÃO Nº 203/11

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião extraordinária realizada em 17 de novembro de 2011, no auditório do LACEN/SESA.

Considerando a Portaria GM/MS n.º1600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no sistema Único de Saúde (SUS).

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar as referências da Rede de Atenção às Urgência na Região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, conforme anexos I e II.

Art.2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 24 de novembro de 2011.


JOSÉ TADEU MARINO
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

REGIÃO METROPOLITANA ESPÍRITO SANTO

Renato Casagrande

Governador

Givaldo Vieira da Silva

Vice-governador

José Tadeu Marino

Secretário de Estado da Saúde

Geraldo Corrêa Queiroz

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

Fábio Benezath Chaves

Subsecretário de Estado para Assuntos de Gestão Hospitalar

Aloisio Calvi

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

Carlos Roberto Guerra Freitas

Coordenador Estadual de Urgência e Emergência

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

Representantes do Ministério da Saúde

Diego dos Santos Araújo e Gilcilene Pretta Cani Ribeiro

Apoio Institucional do Ministério da Saúde

Representantes da Secretaria Estadual de Saúde

Carlos Roberto Guerra Freitas

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

Melissa Santos Oliveira Lisboa

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

Elaine Cristina Campo Dall'Orto

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

Lúcia Maria Lessa Silva

Superintendente Regional de Saúde Metropolitana

Antônio Gomes Júnior

Coordenador Geral do SAMU 192

Engre Beilke Tenório
Gerente de Projeto de Expansão do SAMU 192

Georgia Lopes de Miranda Loura
Representante da Atenção Primária em Saúde

Luis Claudio O. da Silva
Representante do NUEDRH

Tânia Araújo e Eloá Sena J. Ribeiro
Representantes da Gerência Estratégica de Planejamento

Representante do Comissão Intergestores Bipartite

Maria do Socorro Rodrigues Lopes Fernandes

Representantes do Conselho Estadual de Saúde

Benedito Domingos dos Santos e Gilson Sena Ventura

Representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde

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

José Carlos Canciglieri - Secretário Municipal de Saúde de Itaguaçu

Rosane Ernestina Mageste – Subsecretaria Municipal de Saúde de Vitória

Marfiza Machado de Novaes - Secretária Executiva do COSEMS/ES

SUMÁRIO

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

Figuras

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

Tabelas

Tabela 1: População da Região Metropolitana do Espírito Santo	11
Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano, Região Metropolitana, 2000	14
Tabela 3: Índice de Desenvolvimento do SUS da Região Metropolitana, 2012	15
Tabela 4: Mortalidade Proporcional Segundo Principais Causas da CID-10 e Faixa Etária. Espírito Santo, 2010	18
Tabela 5: Causas Gerais de Mortalidade, Segundo Capítulo do CID 10, Região Metropolitana, 2010..	19
Tabela 6: Distribuição das Unidades por Município – Região Metropolitana Maio/2012	20
Tabela 7: Distribuição das Equipes por Município – Região Metropolitana Maio/2012	21
Tabela 8: Distribuição dos atendimentos por município – Região Metropolitana/2011	24
Tabela 9: Distribuição dos PAs e UPAs por município – Região Metropolitana maio/2012	26

Tabela 10: Distribuição Hospitais da Região Metropolitana do Espírito Santo – 2011	27
Tabela 11: Caracterização dos Hospitais de Pequeno Porte Localizados nos Municípios da Região Metropolitana do Espírito Santo – 2011	28
Tabela 12: Caracterização dos Hospitais Regionais e Loco Regionais, Conforme Linhas de Cuidado, 2012	29
Tabela 13: Distribuição de Leitos SUS Segundo os Hospitais da Região Metropolitana do Espírito Santo – 2011	30
Tabela 14: Municípios elegíveis a Atenção Domiciliar no Espírito Santo, 2011	33

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

4.

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

Esta forma de organização em redes integradas é possível através da implantação de uma diretriz clínica, ou seja, uma “linguagem única” que permeie toda a rede de atenção à saúde, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada demanda. Esta “linguagem única” se faz com a implantação de um protocolo de classificação de risco em toda a rede, permitindo uma comunicação acertada e uma pronta assistência do usuário em risco. Além disso, o protocolo é uma ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação da rede, oferecendo os elementos

necessários para definição das competências dos vários serviços, a pactuação entre eles e a gestão da rede.

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

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

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

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

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

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

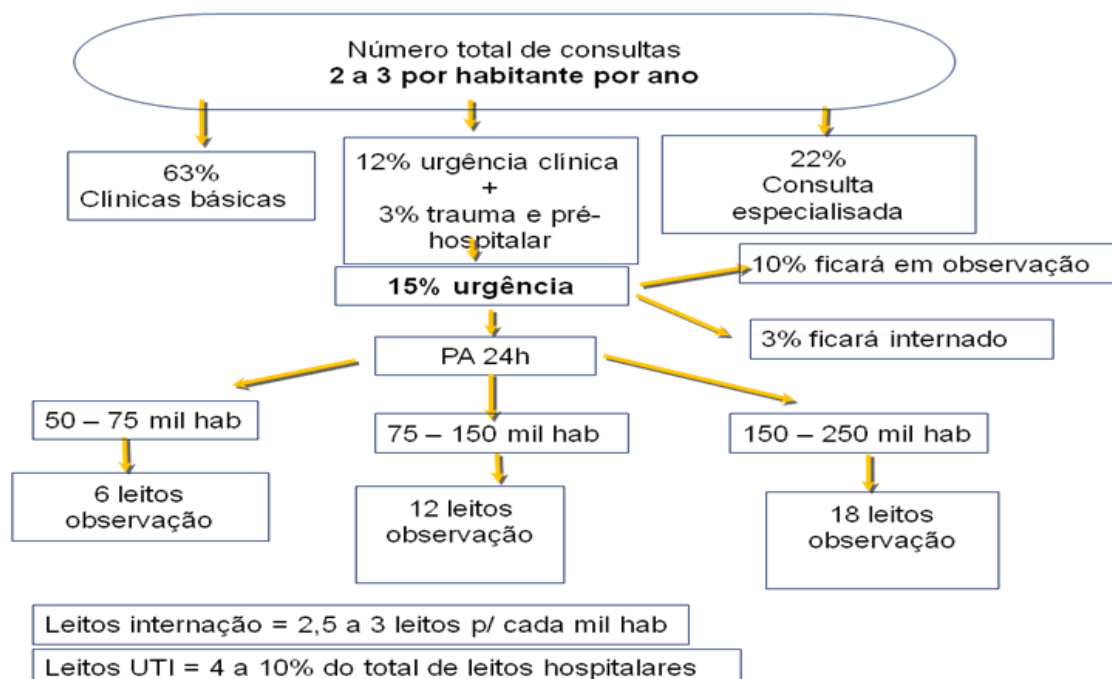
Nesta perspectiva, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo em parceria com o COSEMS, o Conselho Estadual de Saúde, a CIR Metropolitana e o apoio institucional do Ministério da Saúde elaboram a proposta de diretrizes e critérios para a construção do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção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

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

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

de procedimentos e serviços que devem ser oferecidos à população.

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



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

Foi definido como local de discussão da rede o Comitê Gestor de Urgência e Emergência, composto por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde, da Polícia Rodoviária Federal, do Corpo de Bombeiros, da Defesa Civil Estadual e das Unidades Hospitalares que compõem a rede, tendo este comitê um papel deliberativo.

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

O processo de implantação da rede exigiu a atualização dos processos de trabalho definidos com a criação do Grupo Condutor do Plano de Ação Regional Metropolitano, através da Resolução CIB nº. 023/2012, publicado no DIO em 09 de abril

de 2012, reorganizando a partir da definição dos pontos de atenção, com respectivas competências e envolvendo todo o nível técnico e gerencial.

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

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

2. OBJETIVO

O objetivo geral é ampliar e organizar o acesso humanizado e integral dos usuários em situações de urgência/emergência através da integração de todos os componentes e serviços de saúde, de forma ágil e adequada; priorizando as linhas de cuidado cardiovascular, cérebro-vascular e traumatológica, instituindo o Acolhimento com Classificação de Risco como linguagem única da rede.

3. CARACTERIZAÇÃO

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

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

Tabela 1: População da Região Metropolitana do Espírito Santo

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

Fonte: IBGE/2010

Figura 2: Plano Diretor de Regionalização 2011

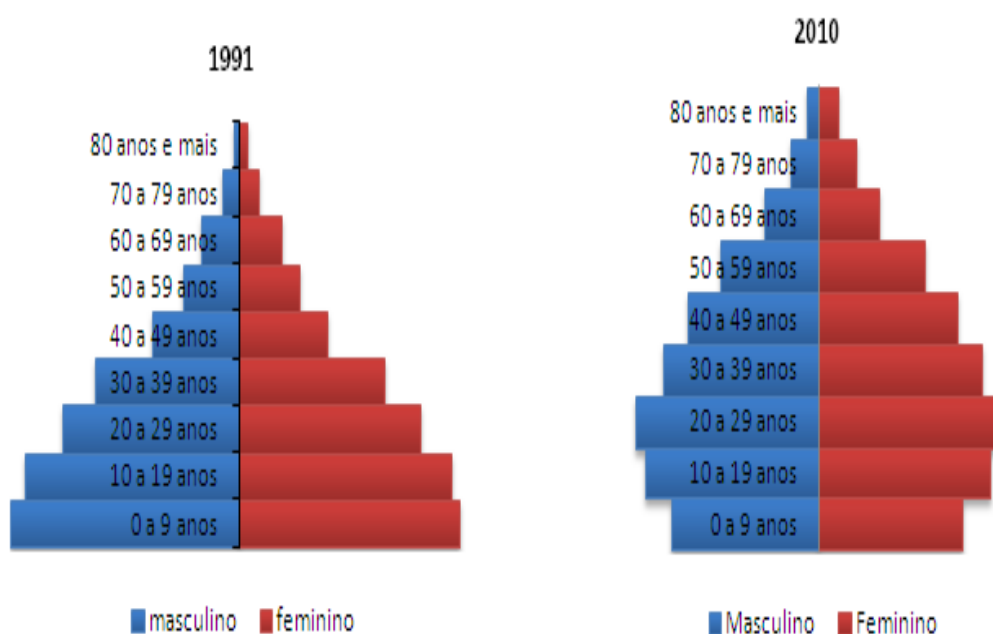


Fonte: PDR/2011

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

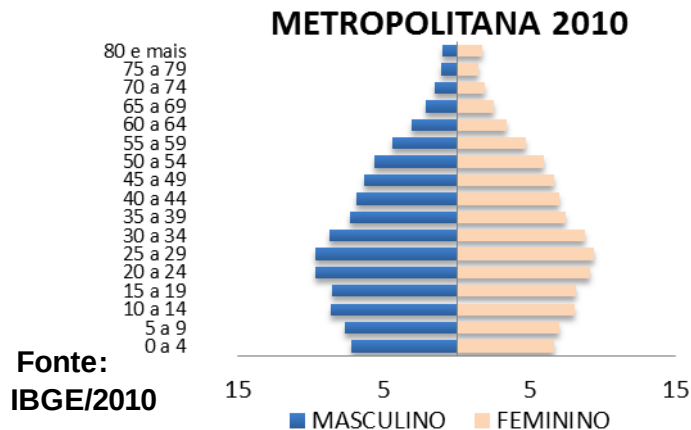
A pirâmide etária da Região Metropolitana acompanha as características do Espírito Santo, com maior concentração (19%) em jovens entre os 20 a 29 anos, seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos (16,2%), de 40 a 49 anos (13,5%) e 50 a 59 anos (10,4%). Crianças/adolescentes de 10 a 19 anos representam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

Figura 3: Pirâmide Etária do Espírito Santo, 1991 – 2010



Fonte: PDR 2011

Figura 4: Pirâmide Etária da Região Metropolitana, 2010



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

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

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

Fonte: IBGE/2000

Com relação ao Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), ferramenta que avalia o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, o Brasil possui o IDSUS equivalente a 5,47 e a Região Sudeste 5,56. Já o Estado do Espírito Santo possui o IDSUS de 5,79. Abaixo a tabela dos municípios da Região Metropolitana com suas notas.

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

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

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

5. 3.2 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

O Estado do Espírito Santo possui uma área de 46.098,571 km², com uma densidade demográfica de 76,25 hab/km². Já a Região Metropolitana possui uma área de 9.370, 875 km² com densidade demográfica de 206,53 hab/km².

Há grande concentração populacional na Capital Vitória com densidade demográfica de 3.327,73 hab/Km². A distribuição da população na Região

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

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

4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE

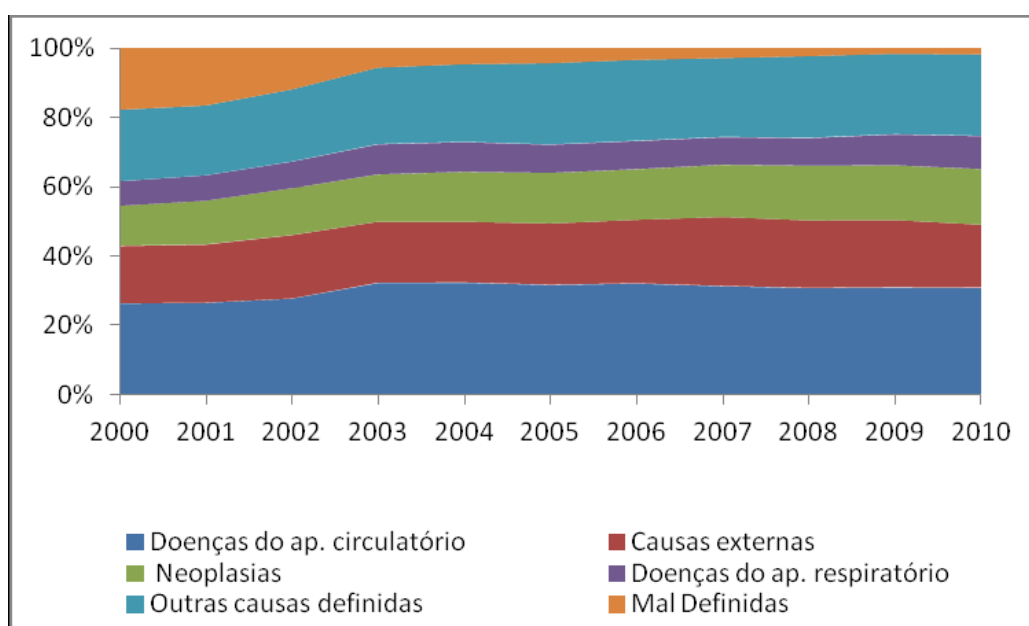
6. 4.1 PERFIL DE MORTALIDADE

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

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

Figura 5: Mortalidade Proporcional Segundo Principais Causas (CID 10)

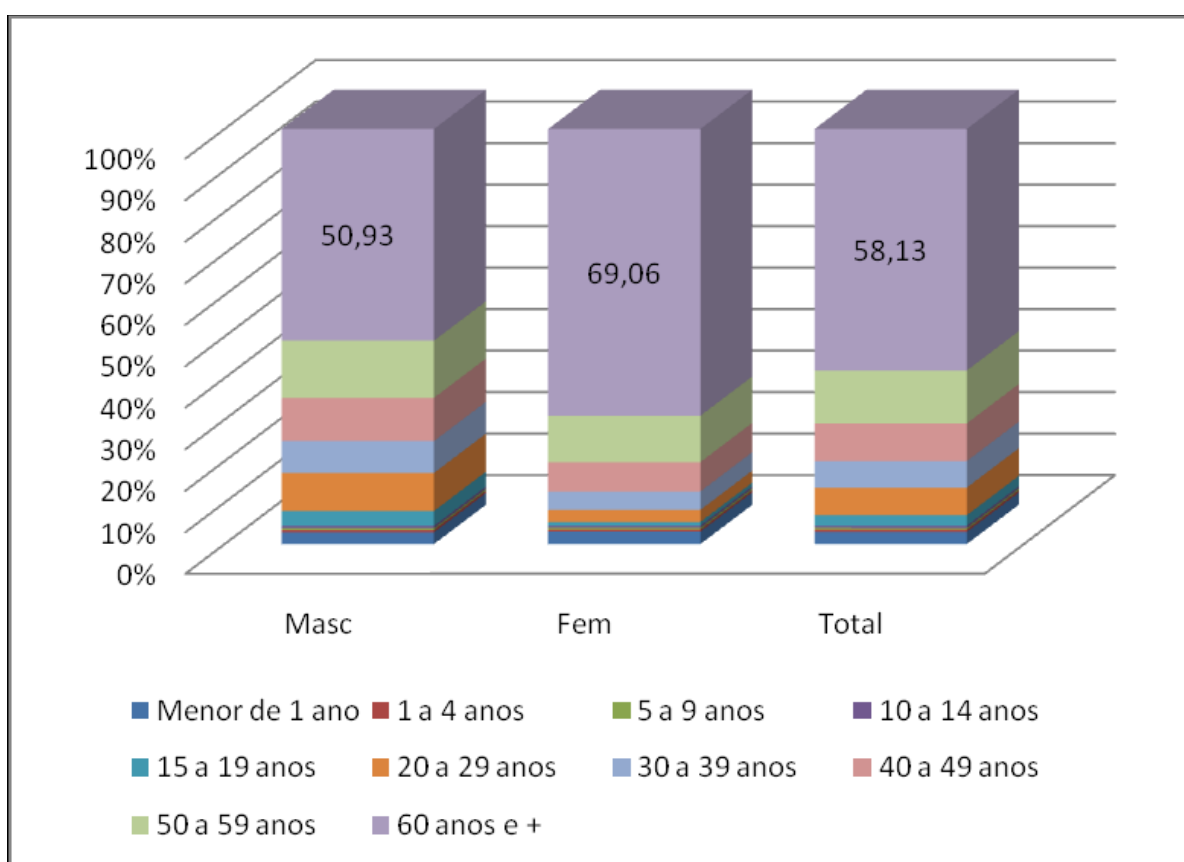
Espírito Santo 2000 a 2010



Fonte: PDR/2011

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

Figura 6: Mortalidade Proporcional Segundo Faixa Etária e Sexo



Fonte: PDR/2011

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

Tabela 4: Mortalidade Proporcional Segundo Principais Causas da CID-10 e Faixa Etária.

Espírito Santo, 2010.

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

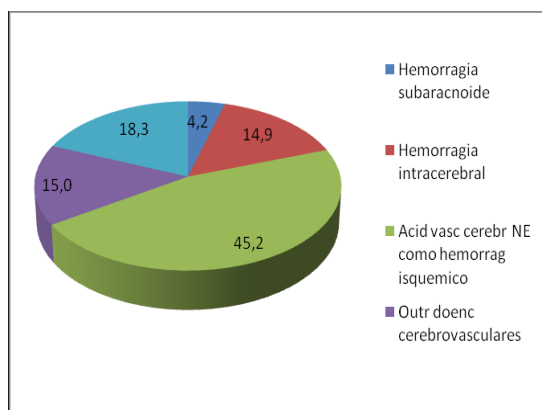
Fonte: PDR/2011

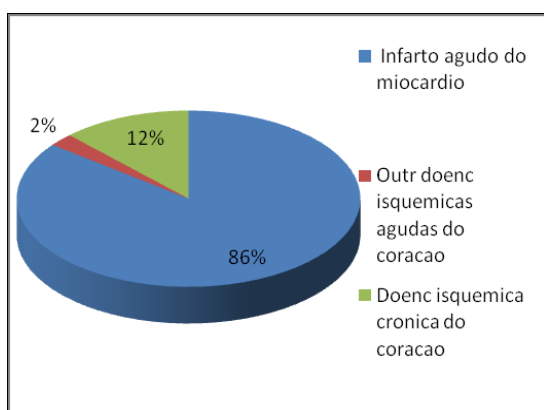
As Doenças do Aparelho Circulatório estão contempladas no Capítulo IX da CID10 e representam a primeira causa de óbito para ambos os sexos, sendo mais incidente na população masculina. O coeficiente específico de mortalidade por esta causa na população com 20 anos e mais de idade apresenta declínio no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

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

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

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





Fonte: PDR/2011

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

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

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

Fonte: TABNET/SESA

4.2 CAPACIDADE INSTALADA

4.2.1 Atenção Básica

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

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

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

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde/maio 2012

*Centros de Referência, CAPs, etc.

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

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

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

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde/maio 2012

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

4.2.2 SAMU 192

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

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

As 18 ambulâncias foram distribuídas nos seis municípios conforme descrição:

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

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

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

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

Em agosto de 2011, com o intuito de agilizar, diminuir o tempo de atendimento e prestar socorro em locais de difícil acesso, teve início o serviço de Motolâncias na Grande Vitória. Atuando em duplas, os técnicos de enfermagem capacitados no atendimento às urgências e direção defensiva realizam o primeiro atendimento até a chegada da ambulância.

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

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

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

No ano de 2011 o SAMU 192 recebeu 635.660 ligações, sendo 291.421 trotes (46%), 196.421 solicitações de informação (31%), 57.738 orientações médicas (9%) e 90.080 regulações médicas. Destas 90.080 regulações houve o envio da ambulância em 45.752 chamados (51%), sendo enviada a ambulância de suporte avançado (USA) em

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

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

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

Fonte: SRSAMU/2011

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

4.2.3 Sala de Estabilização

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

4.2.4 Central de Regulação de Internação de Urgência – CRIU

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

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

Em 2010, com o desenvolvimento do Projeto Piloto e a consultoria externa, foram identificados pontos fundamentais de interação na regulação para garantir a Macrorregulação e empoderar o Estado na Microrregulação: Gerência de Regulação, Superintendências Regionais, Contratos, Controle, Monitoramento e Auditoria.

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde/maio 2012

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

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

previstos que outros 800 profissionais serão capacitados em protocolos relativos na assistência às urgências e emergências entre os anos de 2012 a 2013.

4.2.6 Componente Hospitalar

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, a Região Metropolitana possui 25 unidades hospitalares com Serviço de Urgência 24 horas que ofertam atendimento por demanda espontânea e a referenciada aos usuários do SUS, conforme distribuição abaixo:

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

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

Fonte: Sesa/CNES

¹ Apenas Urgência Obstétrica

² Apenas Urgência Psiquiátrica

³ Apenas Urgência Oncológica

O Pronto Socorro do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) atualmente não está contratualizado, uma vez que se encontra fechado

para reforma e ampliação, e sua inserção na rede se dará por meio de um aditivo contratual quando o serviço estiver disponível à população.

4.2.6.1 Hospital de Pequeno Porte

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

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

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

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

Fonte: SESA/SAROAS/GERA

4.2.6.2 Hospitais Loco-regionais e Regionais

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

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

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

Fonte: Sesa/Resolução CIB 203/2011

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

4.2.6.3 Leitos Hospitalares

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

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

necessidade de leitos totais na região é de 4.064 leitos SUS, um déficit de 1.416 leitos SUS.

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

Município	Hospital	TOTAL SUS	Leitos Clínicos	Leitos Cirúrgicos	Leitos Pediátricos	Leitos UTI¹	Leitos Outros²
Afonso Cláudio	S .Vicente Paulo	36	20	6	5	-	5
Cariacica	Mat. de Cariacica	56	2	8	1	-	45
	Atenção Clínica	120	40	0	0	-	80
Conceição do Castelo	N S. da Penha	21	8	3	6	-	4
Domingos Martins	Maternidade Dr. Arthur Gerhard	59	20	16	10	-	13
Guarapari	M. N. S. da Conceição	49	22	8	10	-	9
	S. Judas Tadeu	37	16	6	6	-	9
Ibatiba	M. N. S. da Penha	41	16	6	13	-	6
Itaguaçu	N. S. da Boa Família	32	16	3	6	-	7
Itarana	São Brás	30	19	1	7	-	3
Laranja da Terra	US3 M. São João Batista	25	10	10	5	-	-
Santa Leopoldina	N. S. da Penha	20	8	9	-	-	3
Stª. Mª. de Jetibá	Beneficente Concórdia	46	20	6	11	-	9
S. Teresa	Madre Regina Protmann	43	12	16	3	7	5
Serra	Dr. Dório Silva	193	27	66	21	41	38
	Maternidade de Carapina	17	1	-	-	-	16
Venda N. Imigrante	Padre Máximo	35	10	10	7	-	8
Vila Velha	Antônio Bezerra de Faria	63	42	17	0	4	-
	Infantil e	96	1	3	64	28	-

Vitória	Materno Alzir Bernadino Alves Evangélico de Vila Velha	156	25	97	0	27	7
	Maternidade Cobilândia	54	-	14	4	8	28
	Ferrovários	74	67	5	0	-	2
	CREFES	20	-	-	-	-	20
	São Lucas Infantil	153	34	109	0	10	-
	Nossa Senhora da Glória	158	-	38	99	21	-
	Universitário Cassiano Antônio de Moraes	311	102	114	24	31	40
	Polícia Militar	179	62	50	18	14	35
	Santa Casa de Misericórdia de Vitória	216	73	87	15	21	20
	Santa Rita	108	52	41	-	5	10
	Estadual Central	103	20	73	-	10	-
	Promatre	67	-	2	2	12	51
	Clínica dos Acidentados	30	1	29	-	-	-

Fonte: Sesa/CNES/2011

¹ **Leitos de UTI adulto, UTI neonatal, UTI Pediátrica e Leitos Intermediários**

² **Leitos Outros: Obstétrico, Psiquiátrico, Tisiologia, H. dia, Reabilitação e Crônicos**

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

O total de Leitos de UTI, somando adulto, neonatal, pediátrico e Intermediários é de 239 leitos. Conforme orientação do Ministério da Saúde, utilizamos apenas a necessidade de leitos adultos para verificação do déficit. Para calcular a necessidade de leitos de UTI adulto o parâmetro utilizado foi de 8% do total de leitos gerais, considerando 2,5 leitos/1000 hab e 70% da população

dependente do SUS. O total de leitos de UTI adulto SUS é 101. A necessidade, conforme Portaria GM nº 1.101/2002 na região é de 271 leitos de UTI SUS, um déficit de 170 leitos.

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

4.2.7 Atenção Domiciliar

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

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

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

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

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

7. Fonte: Portaria GM/MS nº 2.527/2011.

4.2.8 Qualificação Profissional dos Integrantes da Rede

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

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

A definição desses cursos se justifica pelo grande impacto que causará na área da saúde, acreditando que com a capacitação dos profissionais médicos que atuam nas áreas de urgência e emergência do Estado do Espírito Santo possibilitará:

- A Melhoria da resolubilidade do atendimento médico, diminuindo a morbidade e mortalidade ao paciente grave atendido nas emergências nas primeiras 24h,

enquanto o sistema de regulação busca o recurso assistencial mais adequado a cada caso;

- A Melhoria das condições dos processos de trabalho entre as equipes multidisciplinares;
- A redução de óbitos por causas graves ou potencialmente graves na região metropolitana da grande Vitória;
- O aumento da satisfação do Profissional Médico e do usuário do sistema de saúde;
- A otimização recursos humanos, materiais e financeiros.

5 COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

5.1 PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

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

5.2 ATENÇÃO BÁSICA – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

Equipamentos mínimos de urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde: Aspirador portátil ou fixo; Cilindro de oxigênio portátil completo; Colar cervical (Kit com três tamanhos); Esfigmomanômetro; Estetoscópio; Glicosímetro; Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil); Laringoscópio com lâmina (adulto e infantil); Lanterna clínica; Máscara de Oxigênio; Otoscópio; Ressuscitador manual kit adulto, infantil e neonatal (Ambú); Suporte para soro; Umidificador para oxigênio.

8. 5.3 SAMU 192

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

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

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

É composto por:

- Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (Médicos, Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica – TARM e Rádio Operadores - RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência (por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência), ficando também responsável por ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção.
- Bases descentralizadas: poderão existir sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s).
- Unidades Móveis: que poderão ser das seguintes espécies:
 - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
 - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
 - Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
 - Equipe de Embarcação: composta por 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de

suporte avançado de vida;

- Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância;
- Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

5.4 SALA DE ESTABILIZAÇÃO

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

5.5 FORÇA NACIONAL DE SAÚDE DO SUS

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

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

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

5.7 COMPONENTE HOSPITALAR

5.7.1 Hospital de Pequeno Porte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.7.2 Hospitais Loco Regionais

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

Características importantes:

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

5.7.3 Hospitais Regionais

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

redução de mortalidade e é fator fundamental na mudança do prognóstico.

A partir destas situações, o trauma maior, a urgência cardiovascular e a cerebrovascular, a rede se organiza de forma mais complexa, concentrando-se em grandes hospitais no pólo regional. Alguns dos pontos da rede, entretanto, devem ser descentralizados e especializados, já que a redução do tempo da resposta inicial tem profunda relação com a sobrevivência. Assim, a tipologia hospitalar se distribui entre os níveis de atenção primário, secundário (microrregional) e terciário (regional), definindo os já citados i) Hospital de Pequeno Porte, ii) Hospital Loco Regional de referência populacional acima de 100.000 habitantes, além do iii) Hospital de Atenção ao Trauma Maior Nível 3; iv) Hospital de Atenção ao Trauma Maior Nível 2; v) Hospital de Atenção ao Trauma Maior Nível 1, vi) Hospital de Atenção às Doenças Cardiovasculares Nível 2; vii) Hospital de Atenção às Doenças Cardiovasculares Nível 1; viii) Hospital Nível I cerebrovascular e ix) Hospital Nível II cerebrovascular.

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

5.8 ATENÇÃO DOMICILIAR

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

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

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

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes

multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

9. 6 DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

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

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

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

7 AÇÕES PLANEJADAS E EM DESENVOLVIMENTO

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

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

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

ANEXO 5 – PLANO DE AÇÃO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB-ES

RESOLUÇÃO Nº 267/2012

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 14 de setembro de 2012, no auditório do LACEN/SESA.

Considerando a Portaria GM/MS n.4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Considerando a Portaria GM/MS n. 3088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Considerando o Art.8º da Portaria GM/MS n. 3088, de 23 de dezembro de 2011, que trata das fases de operacionalização para implantação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e institui o Grupo Condutor das RAPS.

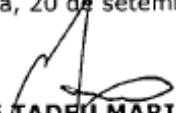
Considerando o Art.8º da Portaria GM/MS n. 3088, de 23 de dezembro de 2011, que imputa ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, financiamento, contratualização com os pontos de Atenção à Saúde sob sua gestão monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no território estadual de forma regionalizada.

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS junto ao Ministério da Saúde e instituir o Grupo Condutor Estadual.

Art.2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Vitória, 20 de setembro de 2012.


JOSÉ TADEU MARINO
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

PLANO DE AÇÃO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

2013

Renato Casagrande
Governador

Givaldo Vieira da Silva
Vice-governador

José Tadeu Marino
Secretário de Estado da Saúde

Rosane Ernestina Mageste
Subsecretária de Estado da Saúde
para Assuntos de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde

Fábio Benezath Chaves
Subsecretário de Estado para Assuntos de Gestão Hospitalar

Victor Leite Wanick Mattos
Subsecretário de Estado da Saúde
para Assuntos de Administração e Financiamento da Atenção à Saúde

Maristela de Amorim Coelho
Coordenadora Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

PORTARIA 331-S DE 06 DE NOVEMBRO DE 2012

Formalizar a adesão do Estado do Espírito Santo à Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas e instituir no Âmbito do Estado o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial no Espírito Santo.

PORTARIA 202-R DE 12 DE AGOSTO DE 2013

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 15, inciso I, do Decreto nº 196-N, de 15 de dezembro de 1971, e tendo em vista o que consta do processo nº 60065559/2012/SESA,

CONSIDERANDO

As determinações da Lei Nº- 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental;

A Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicada em 2003;

O Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

As disposições contidas no Decreto No- 7508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicada em 2003;

As diretrizes da atual Política Estadual de Saúde Mental Álcool e outras Drogas;

A portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

A portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 em seu Art. 13º que imputa ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada;

A portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 em seu Art. 14º que trata das fases de operacionalização para implantação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e institui o Grupo Condutor das RAPS;

A Resolução CIB-ES nº 267, de 20 de setembro de 2012, que aprova a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS junto ao Ministério da Saúde e institui o Grupo Condutor Estadual.

A Portaria 331-S de 06 de novembro de 2012 que institui no âmbito do Estado o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial no Espírito Santo.

RESOLVE:

Art. 1º Formalizar a adesão do Estado do Espírito Santo a Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas.

Art. 2º Instituir no âmbito do Estado o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial no Espírito Santo, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde. (COSEMS) Conselho Estadual de Saúde (CES) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS).

Parágrafo Único: O grupo condutor das RAPS no Espírito Santo será coordenado pela SESA representada pela coordenação da Área Técnica de Saúde Mental Álcool e outras Drogas.

Art. 3º Definir suas atribuições de acordo com a GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 em seu Art. 13º.

Art. 4º Nomear como membros do Grupo Condutor das Redes de Atenção Psicossocial - RAPS no Espírito Santo, as seguintes representações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS-DAPES/SAS/MS

Karine Dutra Ferreira da Cruz

Rubia Cerqueira Persequini

GABINETE DA SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – GAB/SAS/MS

ARTICULAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ES

Gilcilene Pretta Cani Ribeiro

SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA/DAI/SGEP/MS

Marfiza Machado de Novaes

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SESA

COORDENAÇÃO ESTADUAL DA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E GRUPO CONDUTOR ESTADUAL DA RAPS

Maristela de Amorim Coelho

SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE – SSAROAS

Elaine Cristina Campo Dall'Orto

SUBSECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR –SUBHOSPITALAR

Luiz Manoel D' Almeida Flores

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE- GEVS/ SESA

Lucimar Ventorin Hamsi

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL-GEPMI

Maria Auxiliadora Fundão Freitas Lima

NÚCLEO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS-NUEDRH
Eliana Sodré Fundação
Solange Loyola

EQUIPE ESTADUAL DA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Lilia Emilia Almeida Ferreira
Antonio Schirmer
Zanandré Avancini de Oliveira
Fernanda Pinto de Tassis
Andrea Moulin Ribeiro

COORDENAÇÃO ESTADUAL DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - RUE/SESA
Carlos Roberto Guerra Freitas

COORDENAÇÃO ESTADUAL DA REDE CEGONHA-RC/SESA
Eliane Pereira da Silva

REPRESENTANTE DA REDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA-RCPD/SESA
Marcia Peixoto Cesar

ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DO ADOLESCENTE/SESA
Celia Marcia Birchler

ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-APS/SESA
Cláudia Gomes Rossoni

SUPERINTENDÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ES

REGIÃO NORTE

SUPERINTENDENTE REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE
Vanete Miguel Timóteo

ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SRS DA REGIÃO NORTE
Cirlene de Souza Reis

REGIÃO CENTRAL

SUPERINTENDENTE REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRAL
Cybeli Pandini Giurizatto Almeida

ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SRS DA REGIÃO CENTRAL
Daniela de Souza Casotti

REGIÃO METROPOLITANA

SUPERINTENDENTE REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA
Georgea de Jesus Passos

ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SRS DA REGIÃO METROPOLITANA
Mirian Vazzoler

REGIÃO SUL

SUPERINTENDENTE REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO SUL
José Luiz Leal Darós

ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SRS DA REGIÃO SUL
Eliani Maria de Carvalho

COMISSÃO INTEGRADA DE ENSINO E SERVIÇO-CIES REGIONAIS

REGIÃO NORTE
Tatiana Lecco Pessotti Brotto

REGIÃO CENTRAL
Noelita da Silva Almeida

REGIÃO METROPOLITANA
Maria Nazaré de Oliveira Trarbach

REGIÃO SUL
Elisa Barreto dos Santos Darós

COORDENAÇÃO REGIONAL DA RAPS

REGIÃO NORTE
Carla Neiva Aragão

REGIÃO CENTRAL
Ricardo da Silva

REGIÃO METROPOLITANA
Carla Torres Pereira Carrion

REGIÃO SUL
Elizandra Cirne Rodrigues

CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – COSEMS ES

REGIÃO NORTE
Fábio Bastianelle da Silva

REGIÃO SUL
Margareth Machado

REGIÃO CENTRAL
Nalva Bernadete Barros de Amorim

REGIÃO METROPOLITANA
Rosilene Stuhr de Souza

ÁREA TÉCNICA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL – MUNICÍPIOS PLANO CRACK

MUNICÍPIO DE VITÓRIA

Danielly Abreu Xavier

MUNICÍPIO DE VILA VELHA

Erly Alexandrino da Silva Neto
Camila Mariani Silva

MUNICÍPIO DE SERRA

Sabrina de Aquino Souza

MUNICÍPIO DE CARIACICA

Clesio de Oliveira Venâncio

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE-CIB-ES/SUS

SECRETÁRIA EXECUTIVA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE-CIB-ES/SUS

Maria do Socorro Rodrigues Lopes Fernandes

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE-CES

Bartolomeu Martins Lima

Art. 4º No caso de membro suplente, do Grupo Condutor das RAPS, este deverá ser designado pelo titular e informado oficialmente a Coordenação Área Técnica de Saúde Mental Álcool e outras Drogas devendo comparecer caso ausência do titular.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação

JoséTadeu Marino

SUMÁRIO DO PAR/RAPS/ES

1. Introdução	14
2. Objetivos	24
3. Contextualização da Saúde Mental no Espírito Santo	26
4. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	45
5. Metodologia de Pactuação da RAPS	51
6. Desafios para a Implantação da Rede de Atenção Psicossocial.....	56
7. Qualificação da RAPS	58
8. Principais Metas da RAPS no ES	65
9. Considerações Finais	67
10. Anexos	68

I - PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

II – ESTIMATIVA OMS – NECESSIDADE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ES

LISTA DE TABELAS

11. TABELA 1 – Atual distribuição da população segundo Regiões de Saúde no ES	20
12. TABELA 2 – Atual distribuição dos diversos tipos de serviços de saúde mental no ES	29
13. TABELA 3 - Número de leitos e distribuição por tipo de hospital - ES/2012	31
14. TABELA 4 - Meta de cobertura estadual de CAPS estabelecida para o ano de 2013 – COAP/ES	36
15. TABELA 5 - Prevalência dos transtornos mentais na população geral	37
16. TABELA 6 – Aplicação dos percentuais estimados na população do ES por região de saúde	38
17. TABELA 7 - Número de óbitos por suicídio no Espírito Santo 2006-2011	39
18. TABELA 8 – Série Histórica 2006 - 2011 - Transtornos Mentais decorrentes do uso abusivo de SPAs e Internações por uso prejudicial de Álcool e Outras Drogas no Espírito Santo - CID 10 F10 A F19	41

LISTA DE GRÁFICOS

- 19. GRÁFICO 1 – Proporção da população residente segundo Regiões de Saúde no ES 21
- 20. GRÁFICO 2 – Atual distribuição dos diversos tipos de serviços de saúde mental no ES40
- 21. GRÁFICO 3 - Número de leitos e distribuição por tipo de hospital - ES/201242

LISTA DE FIGURAS

- 22. FIGURA 1 – PDR 2011 homologado em 10/11/2011 – SESA/ES18
- 23. FIGURA 2 – mapas comparativos de internações psiquiátricas no ES – 2000 e 201232

I. INTRODUÇÃO

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

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

Esta forma de organização em redes integradas é possível através da implantação de princípios e diretrizes que organize e ordene toda a rede de atenção à saúde. De um modo geral isto se faz com a implantação de um protocolo de classificação de risco em toda a rede, permitindo uma comunicação acertada e uma pronta assistência do usuário com necessidade de Atenção em Saúde. Além disso, o protocolo é utilizado como uma ferramenta de comunicação, responsabilização e regulação da rede, oferecendo os elementos necessários para definição das competências dos vários serviços, a pactuação entre eles e a gestão da rede.

Entretanto, ainda mais fundamental do que estabelecer o ponto de atenção mais adequado para dar resposta a uma determinada demanda/necessidade baseada em diretrizes clínicas é tecer a linha do cuidado considerando a organização do processo de trabalho e a qualificação da atenção. Desse modo, extrapolar os protocolos e fluxos de circulação na rede e atingir projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diferentes instituições de saúde. Em decorrência disso, estimular a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação e divulgação, que facultem e estimulem a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade.

Historicamente a atenção em saúde mental foi oferecida a partir de ações de assistência hospitalares sendo as internações em hospitais psiquiátricos o procedimento mais frequente. Podemos perceber sua força a todo o momento e se faz presente nas frequentes queixas dos usuários do SUS quanto à falta de “vagas para internação”. Este dado nos revela que atenção em rede nesta área só faz sentido se puder ser traduzida por uma superação desta cultura.

Neste sentido, a determinação das prioridades obedece a Classificação de Risco do ponto de vista psicossocial, ou seja: Casos de transtornos mentais severos e persistentes, Uso abusivo de álcool e outras drogas, Pacientes egressos de internações psiquiátricas, Tentativas de suicídio, Vítimas de violência doméstica intradomiciliar, Situações diversas de risco psicossocial.

O efetivo funcionamento da atenção em redes envolve a pactuação de fluxo entre os municípios de uma mesma região e fluxos regionais respeitando as realidades loco regionais e territoriais. Os fluxos definidos são pactuados internamente aos serviços e entre os diversos profissionais e setores, assim como devem ser pactuados entre os

vários serviços que integram a rede de atenção psicossocial. Isto implica que para além da pactuação regional, os municípios devem organizar e legitimar no plano de ação municipal, ou seja, a rede municipal de saúde e a intersectorialidade das ações ainda neste âmbito. Desta pactuação, além dos serviços nos vários níveis de atenção, devem participar o sistema de regulação e o sistema logístico de transporte sanitário e de urgência.

Nesta perspectiva, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo através da Área Técnica de Saúde Mental e o apoio institucional do Ministério da Saúde criaram o Grupo Condutor da RAPS/ES - GC/RAPS/ES, composto de representantes dos três entes federativos e constituído de acordo com a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que estabelece no artigo 13, fase II e letra 'd' a instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial que foi definido como local de discussão da rede (composição da representação na contracapa) com as seguintes atribuições:

1. Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede;
3. Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
4. Monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;

Além do apoio institucional do Ministério da Saúde, o processo de operacionalização das ações do GC/RAPS/ES obteve a contribuição das quatro Superintendências Regionais de Saúde (Vitória, Cachoeiro, Colatina e São Mateus) – das CIR Metropolitana, Sul, Central e Norte através dos apoiadores da RAPS designados pelos gestores que compõem este espaço decisório. Estes atores em conjunto ao grupo de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde – SESA, representantes do COSEMS por região, do Conselho Estadual de Saúde, CIB Estadual e Coordenação de Saúde Mental dos quatro maiores municípios do Estado elaboram a proposta de desenho de rede da RAPS/ES e diretrizes e critérios para a construção dos Planos de Ação Regionais da Rede de Atenção Psicossocial, que por sua vez compõem o Plano Estadual.

O Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do Espírito Santo está fundamentado nas normativas do SUS, com destaque para as Portarias específicas dos componentes da RAPS tanto no âmbito federal, estadual e municipal. Foi elaborado dentro de um diagnóstico situacional de saúde e saúde mental da região a partir de uma matriz diagnóstica e de uma posterior análise das necessidades de ofertas de atenção psicossocial regional. A pactuação dos desenhos regionais das RAPS foi realizada em Oficinas de Pactuação de REDE e legitimadas nas reuniões permanentes do Grupo Condutor RAPS/ES, com o apoio das áreas técnicas da

Secretaria Estadual de Saúde, do COSEMS e do Ministério da Saúde¹².

Para o dimensionamento da necessidade em saúde mental foram utilizados os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde nas Portarias GM/MS nº 3.088, 3.080, 3.089, 3.090, 121, 122, 123, 130, 131, 132 e 148. Também foram considerados os índices de internação por município na série histórica entre o ano 2000 a 2012, a capacidade instalada¹³ e os equipamentos já previstos para a rede existente, bem como, a aplicação das estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS - em percentuais que consideram a população dos municípios do Estado como referência. A aplicação destes parâmetros permite uma primeira ordem de grandeza para o dimensionamento da necessidade em saúde mental uma vez que carecemos de indicadores confiáveis que auxiliem o gestor no planejamento das ações e serviços na Área que devem ser oferecidos à população¹⁴.

O GC/RAPS/ES se constituiu no espaço de construção da metodologia de mobilização, implicação e corresponsabilização dos diversos atores envolvidos na pactuação das RAPS (capítulo 5). A intervenção proposta buscou garantir o caráter participativo e democrático com vistas a dar visibilidade e legitimidade à implantação da rede. Os espaços de discussão e definição criados também foram importantes no sentido de esclarecer o papel de cada componente salientando os princípios e diretrizes que os orientam de forma a não deixar dúvidas em relação ao caráter desinstitucionalizante de cada um deles. Todas as definições resultantes do processo foram apresentadas para discussão em Câmara Técnica, antes de ser encaminhadas para pactuação em CIR e posteriormente seguir para deliberação e homologação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/ES).

A portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, em seu Art. 14º, trata das fases de operacionalização para implantação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e institui o Grupo Condutor. No Espírito Santo a instituição do Grupo Condutor da RAPS se deu através da Resolução CIB-ES nº 267, de 20 de setembro de 2012, que aprovou a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS junto ao Ministério da Saúde e institui o Grupo Condutor Estadual. Portanto, temos como resultante deste ato de homologação a Portaria 331-S publicada no DIO- ES em 06 de novembro de 2012 que instituiu no âmbito do Estado o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial.

O processo de implantação da rede em todo Estado tem exigido a permanente atualização dos processos de trabalho definidos a partir da criação do Grupo Condutor instaurado pela referida Portaria ES nº 331-S. Posteriormente, em razão da necessidade de alteração do quadro de seus componentes tendo em vista as substituições de alguns

¹² Este processo será detalhado no capítulo sobre a Metodologia de Trabalho da RAPS.

¹³ A capacidade instalada de serviços de saúde mental será descrita no capítulo sobre a caracterização de cada Região.

¹⁴ O detalhamento sobre o perfil epidemiológico será apresentado nesse documento por região de saúde.

gestores no processo eleitoral de 2012 - e posse em 2013 – e de outras alterações, fez-se necessária a republicação e substituição da portaria do Grupo Condutor que formaliza a adesão do Estado do Espírito Santo à Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, pela Portaria ES nº 202-R de 12 de Agosto de 2013.

O Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Espírito Santo engloba as suas quatro Regiões de Saúde e representa um projeto que visa uma intensa e profunda transformação na oferta de atenção em saúde mental. Neste sentido, entendemos que sua implantação se apresenta como oportunidade ímpar para a reversão do modelo assistencial e deva ser realizada com a articulação e potencialização dos recursos comunitários. Destacamos os processos descritos a seguir como potencializadores da pactuação da RAPS no Espírito Santo:

NOVO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2011

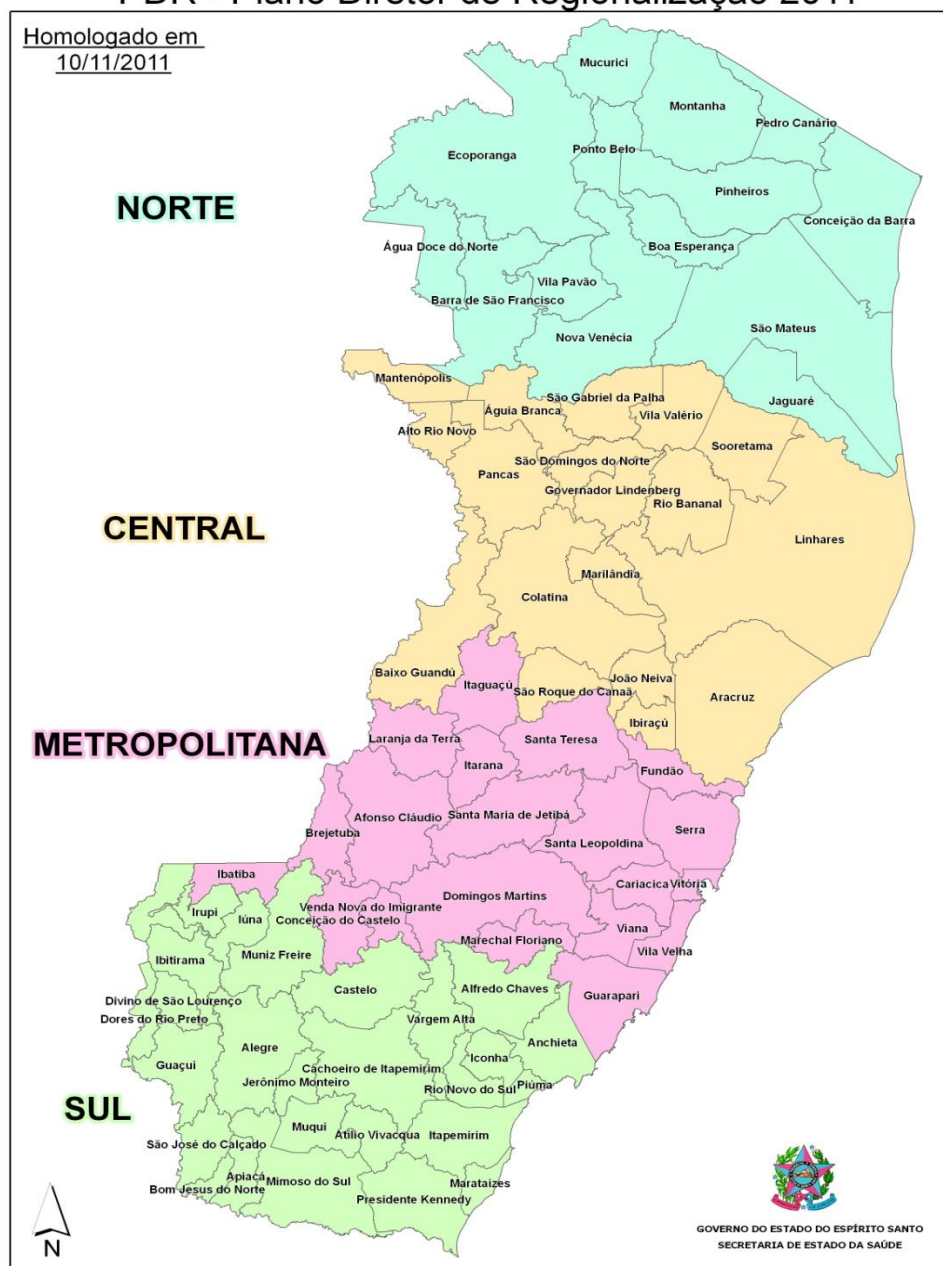


FIGURA 1 – PDR 2011 HOMOLOGADO EM 10/11/2011 – FONTE SESA/ES

A regionalização na saúde, prevista constitucionalmente, é uma estratégia importante para promoção de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas, visando à garantia da integralidade e da equidade na atenção à saúde. É também uma estratégia importante para a promoção do desenvolvimento socioeconômico dos lugares, possibilitando a redução das desigualdades sociais.

Neste sentido é importante lembrar, portanto que o presente documento se constituiu sobre o Plano Diretor de Regionalização 2011 que foi elaborado a partir do levantamento das características e das necessidades de saúde de cada região. Tal iniciativa busca

avançar no reconhecimento de espaços regionais que contemplem identidades, perfil epidemiológico, vocação e possibilidades de concretização do planejamento programático e orçamentário integrados. Destacamos algumas características locais que irão influir fortemente na organização da Saúde em Redes de Atenção:

- O Espírito Santo constitui-se no menor e menos populoso estado da região Sudeste, com população de 3.514.952 habitantes (IBGE, 2010), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Dentre os municípios, 52,56% possuem menos de 20 mil habitantes, 33,33% situam-se na faixa de 20 a 50 mil habitantes e somente 9 municípios (11,54%) apresentam uma população maior que 100 mil habitantes;
- A região metropolitana do estado - Região Metropolitana da Grande Vitória - é composta por 07 municípios e concentra 48% do total da população do estado e 56,6% da população urbana;
- A taxa de crescimento populacional do Espírito Santo entre os censos 2001 e 2010 foi 1,14%, superior a do Brasil que apresentou 1,10% no mesmo período;
- Na região litorânea de Aracruz são encontradas as terras indígenas, reconhecidas e homologadas pela FUNAI, e estão organizadas em 07 aldeias, sendo 04 Tupiniquins: Caieiras Velhas, Irajá, Pau-Brasil e Comboios, e 03 Guaranis Mbya: Boa Esperança, Três Palmeiras e Piraquê-Açú;
- As comunidades Quilombolas, que são grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas e com ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (conforme Decreto nº 4887/03). No Espírito Santo são 83 comunidades localizadas principalmente no norte e sul do Estado, com pouca incidência na região central e metropolitana (Figura 8). As comunidades ainda conservam traços culturais bem marcados, com grande influência no folclore, na culinária, nos valores e costumes;
- As Comunidades Tradicionais de herança europeia estão presentes, principalmente na região de montanhas do interior do Espírito Santo, com a presença das etnias italiana, suíça, pomerana, alemã, holandesa e polonesa;

Segue abaixo mapa da regionalização do Estado após sua homologação em 10 de novembro de 2011. O mesmo só foi possível após intenso processo de discussão através de oficinas envolvendo todos os municípios do Estado.

As regiões foram definidas considerando o número de municípios e distribuição de sua população em quantidade e densidade, área territorial, concentração rural e urbana, capacidade instalada em saúde, perfil epidemiológico, populações tradicionais, etc. bem

como diversas outras características amplamente consideradas para a implantação das Redes Regionalizadas. A tabela que se segue nos informa da distribuição da população do ES de acordo com as Regiões conforme trabalharemos todo o Plano de Ação da RAPS.

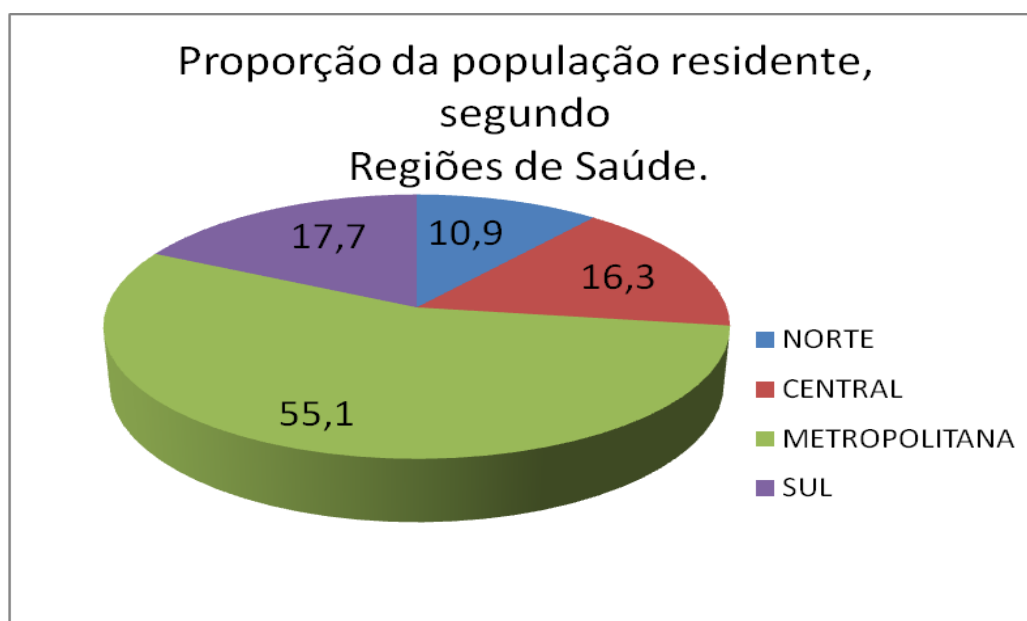
TABELA 1 – ATUAL DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE NO ES.

Distribuição da população segundo Regiões de Saúde - Espírito Santo, 2010

<i>Região</i>	<i>População</i>	<i>%</i>	<i>Nº Municípios</i>	<i>Área Km²</i>	<i>Densidade populacional</i>
NORTE	384.861	10,9	14	13.600,29	28,30
CENTRAL	571.302	16,3	18	13.020,41	43,88
METROPOLITANA	1.935.393	55,1	20	9.370,88	206,53
SUL	623.396	17,7	26	10.107,00	61,68
TOTAL	3.514.952	100	78	46.098,57	76,25

Fonte: IBGE - Censo 2010

GRÁFICO 1 - O Gráfico abaixo nos permite visualizar esta mesma distribuição de forma que o desenho do Estado logo ganha sentido no que tange seus desafios.



SEMINÁRIOS REGIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Simultaneamente ao processo de regionalização que acontecia em 2011 e com o objetivo de consolidar a Política de Saúde Mental no Estado do Espírito Santo, a Área Técnica Estadual de Saúde Mental propôs estrategicamente a construção de redes locais, microrregionais de atenção integral nas quais os fluxos entre os diversos pontos de atenção (equipes de referência, UBS e USF, CAPS, UPA, PS, leitos em HG e hospital psiquiátrico – CAPAAC) estivessem bem estabelecidos e pactuados de forma que a atenção integral em saúde mental se desse o mais perto possível do usuário.

Isto se deu através de quatro Seminários de Saúde Mental realizados nas quatro regiões que ainda se encontravam mobilizados com o processo de regionalização. Importante ressaltar que à época não haviam sido publicadas as portarias das RAPS e a realização dos seminários serviu-nos de plataforma para lançar os eixos da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Inspirada nas diretrizes da então Política Nacional esta mobilização possibilitou ainda a realização de diagnóstico da atenção em saúde mental no nível macro e microrregional e oportunizou a apresentação e discussão da proposta de criação de colegiados intersetoriais com o intuito de impulsionar a construção de redes locais de forma efetiva e participativa.

A metodologia utilizada e reproduzida nos quatro seminários consistiu na apresentação da contextualização histórica do processo de apropriação da loucura como objeto dos discursos e práticas psiquiátricas e suas vicissitudes passando pelos questionamentos e propostas de mudança, a partir de seus principais marcos teóricos e paradigmáticos.

Oportunamente foi apresentada a rede estadual de então e informações acerca das intenações que demonstravam claramente a necessidade de reorganização e redistribuição de ações e serviços de modo a garantir o acesso aos usuários de saúde mental em todo Estado. Por fim, a apresentação dos quatro eixos organizadores do atual desenho da política estadual de saúde mental, sejam eles:

1. Organização da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;
2. Ampliação do Acesso à Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;
3. Qualificação da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;
4. Direitos Humanos e Cidadania;

Cada um dos eixos foi tema de grupo de trabalho – GT - realizados na parte da tarde com a discussão do material de apoio preparado pela área técnica e consequente confecção de diagnóstico e propostas construídas pelo grupo e consolidadas em plenária final.

Importante ressaltar que o público alvo foi identificado dentre os seguintes atores: Equipes de Referências de Saúde Mental, coordenadores dos CAPS, coordenadores da APS e PSF, representantes das Superintendências Regionais de Saúde, representante dos CRE, representante do NUEDRH, coordenador da UE, representantes do SAMU 192, gestores municipais, profissionais de nível superior do PSF e APS, representantes das pastorais, Ministério Público, Juizado da Infância e Adolescência, Justiça, Educação, Cultura, Assistência Social (CREAS, CRAS), Conselhos Municipais Sobre Drogas, Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, Direção dos Hospitais Gerais, Infantil (rede própria, filantrópicos), Conselhos Tutelares e dos NASF.

CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE – COAPIES

Em paralelo ao processo que mobilizou todo o Estado para a nova regionalização, adveio o Decreto 7.508 que exigiu uma nova dinâmica na organização e gestão do SUS, aprofundando a discussão para o fortalecimento das relações interfederativas. Após sua publicação o Ministério da Saúde, no seu papel de Direção Nacional do SUS, iniciou a discussão visando à melhoria da organização do SUS. A proposta trouxe o desafio da construção de Planejamento Regionalizado e Integrado e uma nova forma de contratualização tripartite para a operacionalização do SUS, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP.

Definido como um instrumento da gestão compartilhada com função de definir as responsabilidades dos entes. Esta proposição é dotada de segurança jurídica, transparência e solidariedade, elementos necessários para a garantia da efetividade do direito à saúde da população brasileira e aposta da inovação na gestão pública brasileira, contribuindo para a Administração Pública Democrática.

Atualmente as quatro regiões do Estado já encaminharam as planilhas e documentos referentes aos seus respectivos contratos para análise do Núcleo de Coordenação Estadual para ajustes e correções. A expectativa é de que toda a documentação dos quatro contratos esteja disponível para ser encaminhadas ao Ministério da Saúde em dezembro de 2013. Após avaliação e validação do Ministério da Saúde será submetida à aprovação final dos Conselhos Municipais de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e CIR Regionais, segue então para homologação da CIB – ES e finalmente para CIT em Brasília.

Este conjunto de fatos e circunstâncias aliados ao grande desejo de transformar a realidade de exclusão ainda existente em nosso estado foi em grande parte responsável pela conquista do compromisso dos 78 municípios no planejamento e construção de propostas da Rede de Atenção Psicossocial. No Espírito Santo, o desafio para se construir um lugar social para o ‘louco’, o ‘drogado’ e demais pessoas de uma estrutura social que exclui estão postos e seus atores definidos no modelo tripartite, como convém ao SUS.

II. OBJETIVOS

De acordo com a Portaria nº 3.088 de 23/12/2011 que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial são: OBJETIVOS GERAIS DA RAPS

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - Promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;

III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

I - Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção; e

IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

III. CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO

Um novo panorama da assistência em saúde mental começa a ser construído no Brasil a partir da década de 70 com a organização dos trabalhadores de saúde mental em torno das propostas de reformulação da assistência psiquiátrica. Neste percurso, desde a década de 70, o hospital psiquiátrico tem sido questionado em sua função terapêutica, por ter se transformado em local de abandono, de exclusão e violência. O longo tempo de permanência na internação trouxe como consequência a perda dos vínculos sociais e familiares dos pacientes, chegando-se a uma situação onde uma imensa população de pacientes, passa a residir nos hospitais psiquiátricos. Isto resultou em instituições de cunho manicomial caracterizadas pelo abandono, o desrespeito aos direitos do paciente e a ausência de uma ética que norteasse o tratamento aplicado aos mesmos.

Os anos 70, no Brasil foram marcados por vários acontecimentos que se sucederam e influenciaram as discussões repercutindo na implantação de ações e uma nova rede de serviços extra hospitalares em vários locais do país. No setor saúde como um todo, o movimento de reforma sanitária com propostas avançadas que resultaram num capítulo da nova Constituição Brasileira (1988), e a Lei Orgânica da Saúde (1990) que aponta para a construção do sistema único de saúde. No plano legislativo a aprovação da **Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001** que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental sela um longo processo de discussão em torno da necessidade de uma nova legislação que represente e respalde o processo de transformação da assistência em saúde mental no país.

Como resultado de todo este processo de discussão e mobilização em torno do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil pode-se afirmar que foi conquistado um consenso entre profissionais, prestadores e opinião pública, de que a assistência prestada era de má qualidade e da necessidade de mudança do modelo assistencial.

Diante disto, soluções alternativas ao hospital surgiram em diferentes locais do país na forma de experiências bem sucedidas e temos assistido a significativa redução de hospitais psiquiátricos em todo o país, e sua substituição por CAPS e leitos em hospitais gerais, em todas as regiões do país. A partir da década de 90 os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁵ se consolidaram como instrumentos capazes de substituir com eficácia a internação em hospital psiquiátrico.

O CAPS foi uma escolha tática e um instrumento legitimado para a substituição do hospital. Alguns indicadores nos confirmam isso, na medida em que o crescimento desses serviços foi seguido da progressiva diminuição dos leitos psiquiátricos no País com a consequente diminuição dos recursos financeiros antes reservados exclusivamente ao hospital. Assim, a situação da assistência psiquiátrica no Brasil aponta

¹⁵ Estamos nos referindo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço ambulatorial de atenção diária e que devem funcionar segundo a lógica do território, conforme Portaria GM nº 336/2002, p. 125.

para a possibilidade de reversão do modelo asilar, embora seja possível perceber ainda a força da lógica hospitalocêntrica e da exclusão renovadas pelas crescentes demandas de internação referentes aos usuários de álcool e outras drogas.

No Espírito Santo, a reformulação da assistência psiquiátrica vem ocorrendo, de forma mais efetiva, a partir do ano de 1995 com a incorporação pelo Governo do Estado das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Essas diretrizes vêm influenciando a Política de Saúde Mental do Estado, desencadeando a discussão da problemática da saúde mental no contexto da municipalização e servindo como elemento norteador das discussões com os profissionais de saúde mental e da sensibilização dos gestores, sobre a necessidade de reestruturação do modelo hospitalocêntrico ainda vigente.

Podemos afirmar que a partir daquele ano houve a incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica pelo governo do Estado. A Política de Saúde Mental passou a ser considerada um Compromisso do Governo e propunha como eixo central a reorientação do modelo assistencial, a adequação aos princípios e diretrizes do SUS, assegurar a atenção integral às pessoas com transtornos mentais e buscar a garantia de seus direitos com acesso à assistência de qualidade e à reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, de acordo com dados, verificamos que a assistência em saúde mental no Estado vem apresentando, a partir de 1995, uma progressiva ampliação da rede ambulatorial em saúde mental. Em 2006 o ES passa a contar com serviços de saúde mental implantados em 42 dos 78 municípios sendo que dentre os 42 municípios, 13 implantam serviços na modalidade Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Isto posto, podemos afirmar que o desenvolvimento do processo descentralização tem resultado num saldo positivo no sentido do gradativo investimento pelos municípios na ampliação da cobertura assistencial em saúde mental com uma relevante ampliação de serviços extra-hospitalar, se comparados com o quadro anterior da assistência.

Levantamentos realizados em de 2005 no Estado constatou mudanças relevantes no que se refere à criação de serviços extra hospitalares, indicadas pela expansão progressiva representada pelos percentuais de 13%, 25%, 36% e 46%, correspondendo respectivamente aos anos de **1995, 1999, 2002 e 2003**. O que equivale dizer que em 1999 havia 20 municípios com atendimento em saúde mental, 28 municípios em 2002 e 36 em 2003. Em 2008 encontramos nos 78 municípios do Estado que 48 (61,5%) possuem serviço ambulatorial em saúde mental. Desses 48 municípios, 22 são considerados de pequeno porte oferecem serviços na atenção básica através de Equipes de Referência em Saúde Mental - ERSM. Em 2011, identificamos que 58% dos municípios desenvolvem ações de saúde mental, configurando uma assistência formada por 23 CAPS nas suas diversas modalidades e 46 Equipes de Referência em Saúde Mental- ERSM na APS.

Além disso, mais 10 Serviços Residenciais Terapêuticos foram implantados em 2012 pelo estado para a desinstitucionalização dos pacientes moradores do antigo hospital Aduato Botelho que, somadas às 06 já existentes até então, totalizam 16 residências.

Apesar dos dados apontarem uma importante ampliação no atendimento em saúde mental, no período 1995 a 2003(46%) e 2008 (61,5%) não possuímos indicadores precisos que permitam o monitoramento continuado da implantação da Rede de Saúde

Mental que vem se constituindo. Isto tem prejudicado a análise do real impacto dessa política pública.

No contexto atual o Estado conta com diversos serviços de saúde mental extra hospitalares. Em sua maioria os municípios constituíram as Equipes de Referência em Saúde Mental na Atenção Básica (ERSM/ANEXO X). Sendo assim, temos hoje um total de 46 ERSM/APS, 08 CAPS I, 05 CAPSII, 05 CAPS AD, 01 CAPS i, 1 CAPS AD III, 1 CAPSIII, 16 Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs.

Entretanto, não podemos afirmar que a ampliação do número de equipes e serviços tem representado impacto real no sentido da mudança do modelo de tratamento, de hospitalocêntrico para uma rede de serviços comunitários que é a diretriz que norteia a Política de Saúde mental. A constituição de redes locais efetivas, intersectoriais são o objetivo hoje perseguido pela política no ES visando efetivar a reorientação desta atenção para o território.

O apoio matricial constitui uma estratégia organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos¹⁶ como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica.

INFORMAÇÕES SOBRE O NÚMERO E TIPO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO ES

TABELA 2 – ATUAL DISTRIBUIÇÃO DOS DIVERSOS TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO ES.

¹⁶ Exemplos de situações de risco:

- Situações de exclusão social (pacientes egressos de hospital psiquiátrico, pessoas em prisão domiciliar, população em situação de rua, idoso em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social etc);
- Transtornos mentais severos e persistentes (graves);
- Suicídios e tentativas de suicídio em adolescentes e adultos jovens;
- Violência intrafamiliar;
- Problemas clínicos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas;
- Abuso e dependência de benzodiazepínicos.

Fonte: Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília, março de 2001.

REGIÃO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS i	ERSM	NRE	SRT
NORTE	2	-	-	1	-	-	9	1	-
CENTRAL	2	2	-	1	-	-	6	1	-
METROPOLITANA	-	4	1	2	1	1	18	1	16
SUL	5	1	-	2	-	-	13	1	-
TOTAL	9	7	1	6	1	1	46	4	16

As Equipes de Referência em Saúde Mental - ERSM – são um arranjo organizacional que vem permitindo a atenção em saúde mental em grande parte dos municípios capixabas uma vez que **53 % dos municípios** do ES estão abaixo dos parâmetros para a implantação de CAPS - população acima 20.000 habitantes - que vigorou até maio de 2013. Os profissionais que compõem a equipe devem possuir conhecimento da legislação na área para que auxilie o gestor na implantação/implementação da política de saúde mental e sua inclusão Plano Municipal de Saúde aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Configura-se ainda como referência de contato no município para a Área Técnica Estadual e Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Neste aspecto, subsidia o gestor com informações relevantes para estruturar ações e serviços em consonância com a necessidade de atenção da população como, por exemplo, organizar a cesta básica de medicamentos para a área, propostas de critérios para a contratação dos profissionais que trabalhem neste tipo de atenção, inclusão de insumos e profissionais para realização das atividades de ressocialização dos usuários, etc.

Em suas atribuições e ações específicas, as Equipes de Referência em Saúde Mental - ERSM (a proposta completa encontra-se anexa ao PAR/RAPS/ES) de apoio à atenção básica/APS - incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. O objetivo maior de sua proposição é apoiar a Atenção Básica/APS para que esta possa ser resolutiva no que tange aos cuidados primários da Atenção Integral em Saúde Mental. Os profissionais integrantes da ERSM devem realizar ações de atenção em saúde mental em articulação

com as equipes da atenção básica, através de atendimento direto ao usuário e famílias nos casos mais graves e realizar o matriciamento das equipes da APS.

O diagnóstico situacional das regiões revela, entretanto que para que estas equipes funcionem na lógica proposta há muito que ser superado. Dentre as principais dificuldades apontadas encontram-se:

- A carência de profissionais para compor as equipes multiprofissionais, principalmente o médico psiquiatra;
- A necessidade de qualificação das equipes para operar na lógica do matriciamento;
- A dificuldade financeira para o custeio, principalmente os municípios com menores índices de arrecadação.

O que se observa no processo de implementação da Política de Saúde Mental no país, a partir da promulgação da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), e não é diferente no Espírito Santo, é o aumento progressivo de uma cobertura assistencial em saúde mental, extra hospitalar de base comunitária, mas aquém do necessário. Assim, o direito do sujeito com transtorno mental – de ser tratado em serviço comunitário de saúde mental, com vistas à inserção na família, no trabalho e na comunidade –, como estabelecido pela lei, não é assegurado em sua integralidade. Isto porque a cobertura dos serviços existentes assevera tratamento a 57% da demanda da área (BRASIL, 2009).

No Espírito Santo a reorientação do modelo passa necessariamente pela inversão do tipo de leito ofertado para atenção às urgências e emergências em saúde mental, ficando cada vez mais evidente que enquanto existir o hospital psiquiátrico haverá a possibilidade de excluir e haverá sempre o risco da estagnação e mesmo do retrocesso na política de Saúde Mental.

TABELA 3 - Número de leitos e distribuição por tipo de hospital - ES/2012.

Tipo de Serviços/Ações	Número Serviços/Municípios
-------------------------------	-----------------------------------

Leitos em Hospital Geral - 30	
--------------------------------------	--

Leitos em Hospital Psiquiátrico – 485	
--	--

Leitos Urgência/emergência em saúde mental – 6	
---	--

Leitos em hospital geral para álcool e drogas criança e adolescente – 16	
---	--

Fonte: GERA/NEM/SAUDE MENTAL/SESA-ES, 2011. Dos 180 leitos cadastrados no HEAC apenas 50 são de curta permanência.

Em **2008**, no Espírito Santo, foram 6.751 Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) para a Clínica de Repouso Santa Izabel - CRSI (uma média de 562 AIHs/mês) contra 656 AIHs para o antigo Hospital Adauto Botelho atualmente Hospital Estadual d Atenção Clínica - HEAC (DATASUS, 2009). A média/ano de dias de internação na CRSI, em 2008, foi de 61,8 (ou seja, ultrapassa o recomendado pela PSM). Em 2007, 61,7% do

valor gasto pela Secretaria de Estado da Saúde em saúde mental foi para pagamento das AIHs da CRSI.

O momento atual coloca o Estado no enfrentamento da crescente demanda de assistência, principalmente no que se refere ao tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, que tem culminado num aumento das internações hospitalares. Na atual conjuntura o ES possui:

- 91 leitos em hospitais especializados de rede própria (HEAC e CAPAAC, PSP);
- 06 desses destinados à Urgência e Emergência em Saúde Mental - SM, Álcool e outras Drogas – AD - no Pronto Socorro do HEAC;
- 03 leitos de observação 72 horas no Pronto Socorro do CAPAAC em processo de ampliação para 10 leitos;
- O Estado conta com duas portas de entrada para internações psiquiátricas, uma delas localizada no antigo HAB (HEAC) e a outra no CAPAAC em Cachoeiro do Itapemirim.
- Não há leitos públicos em hospital geral da rede própria, os leitos públicos em HG existentes estão localizados no Hospital da Polícia Militar (18 leitos) e outros 16 leitos em HG filantrópico (Hospital dos Ferroviários) ambos **localizados na região da Grande Vitória e sofrendo intervenções;**
- Na rede conveniada 400 leitos contratados na Clínica Santa Isabel;
- Os leitos em hospital psiquiátrico estão concentrados no sul do Estado (400 conveniados e 35 públicos);

Com os dados referentes ao fluxo e ao volume de internações em psiquiatria em **2011 no ES**, constatamos que o número total de internações por região foi, em ordem decrescente, de 5.404 internações/ano para a região Metropolitana, 1.824 internações/ano, para região Sul, 1.419 internações/ano para a região Central e 1.282 internações/ano para a região Norte. O total de internações do Estado em 2011 foi de 9.929 internações.

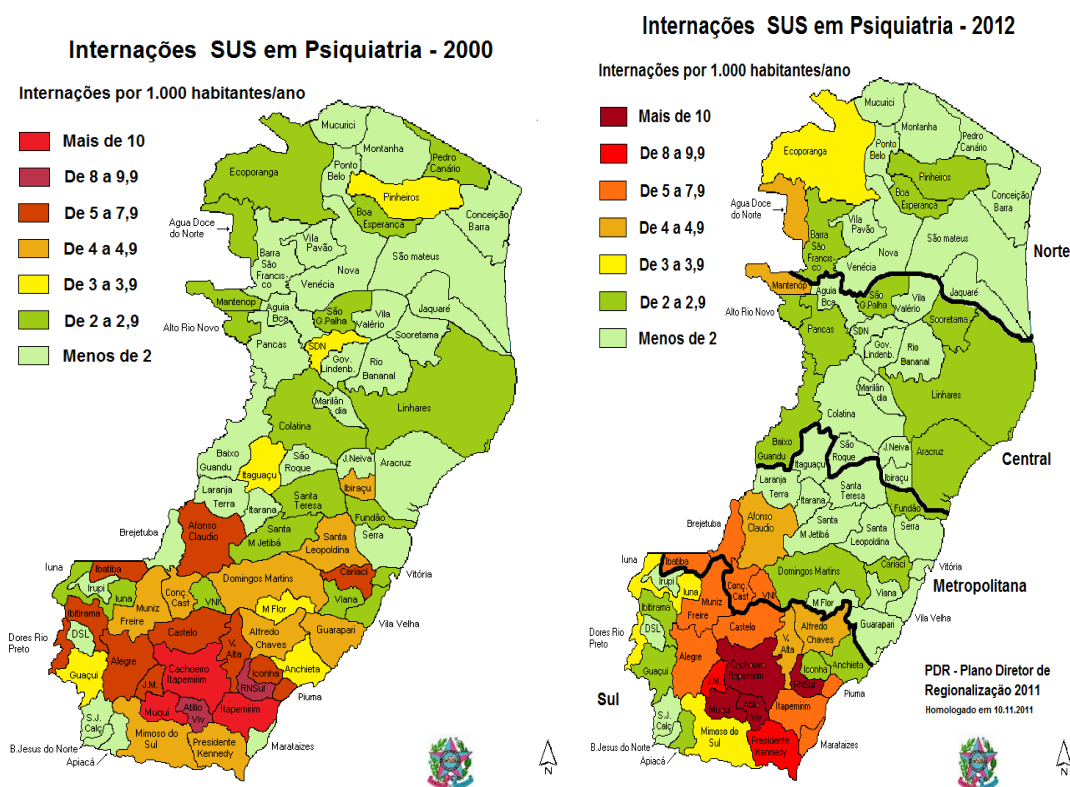


FIGURA 2 – MAPAS COMPARATIVOS DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO ES – 2000 E 2012

A análise dessas informações **não permite afirmar que houve ampliação da cobertura de CAPS com grande impacto sobre a reorientação do modelo de atenção conforme prevê a legislação. O quadro acima mostra um comparativo das internações em psiquiatria no SUS entre 2000 e 2012.**

É possível observar uma significativa diminuição nas internações nas regiões Metropolitana, Central e Norte, e relacionar isto ao aumento do número de CAPS e ao processo de transformação, ainda em curso, do maior Hospital psiquiátrico público do Estado, o Hospital Adauto Botelho - HAB, hoje chamado de Hospital Estadual de Atenção clínica – HEAC.

Por outro lado é possível perceber ainda uma migração da cultura de internações como tratamento do sofrimento psíquico de parte dos municípios para Cachoeiro de Itapemirim, onde a Clínica de Repouso Santa Isabel passa a cumprir em alguma escala o papel de exclusão antes dividido com o HAB. É fácil observar que salvo algumas exceções, houve um aumento considerável de internação no sul. Importante ressaltar aqui que mesmo identificando que há procedência de pacientes de todo o Estado e de fora dele, a grande maioria das internações neste hospital são de procedência de Cachoeiro de Itapemirim e municípios vizinhos.

Nesse contexto, o atual governo de Estado tomou para si a tarefa de consolidar a Política de Saúde Mental, avançando para a construção das **Redes de Atenção Psicossocial - RAPS** efetivas e que possam garantir a assistência integral às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e aos portadores de transtornos mentais.

Considerando que as novas portarias que regulamentam as Redes de Atenção Psicossocial – RAPS, têm forte presença na APS e dão conta da importância da integração dos diversos níveis de complexidade para que o cuidado em saúde mental realmente se efetive. A atual legislação busca promover a real inserção da saúde mental no âmbito do SUS.

A partir dessa conformação, fica evidente que o papel da APS na RAPS é de fundamental importância, reafirmando seu lugar no âmbito da Atenção Integral em Saúde Mental. Este tem por finalidade melhorar a assistência aos pacientes que sofrem de transtornos psíquicos e/ou decorrentes de uso prejudicial de álcool e outras drogas nas ações e serviços da Atenção Primária à Saúde considerando as estratégias do acolhimento, acompanhamento longitudinal e territorial desses usuários. Para que isso realmente aconteça é necessário que haja equipes multiprofissionais preparadas para desenvolver essa tarefa.

No Brasil o fortalecimento da APS tem se potencializado através da utilização de modelos que possam dar conta de uma organização, que neste caso é o de saúde da família que busca organizar a APS, como forma de territorialização das ações e serviços, empoderamento das famílias e autonomia dos sujeitos. Mendes, (2002), enfatiza que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978).

Considerando a necessidade de garantir políticas de atenção integral à saúde da população capixaba, com ampliação do acesso e melhoria da qualidade e os compromissos firmados no Plano Estratégico 2011-2014, o Governo do ES criou o Programa **NOVOS CAMINHOS**. Visando à necessidade de garantir políticas de atenção integral à saúde da população capixaba, com ampliação do acesso e melhoria da qualidade, a atual gestão estadual, através da Secretaria de Estado da Saúde – SESA instituiu a **Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Espírito Santo, PECAPS**, regulamentada pelo **Decreto Nº 3147 - R** de 21 de novembro de 2012 e resoluções complementares da CIB-ES.

Esta política estabelece a Transferência de Recursos Financeiros Fundo a Fundo, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, como mecanismo para

execução financeira da política. Os recursos destinados aos municípios são repassados com base nos princípios do SUS de Universalidade, Equidade e Igualdade, sendo uma parte fixa transferida *per capita* automaticamente e uma parte variável proporcional ao cumprimento de metas e com o valor *per capita* específico por município definido com base em parâmetros sociais e econômicos. Importante ressaltar ainda que os recursos recebidos por meio desta política deverão integrar a prestação de contas trimestral de cada município, devidamente aprovada no Conselho Municipal de Saúde, conforme legislação vigente.

Consideramos esta iniciativa de suma importância para a implantação da RAPS no Espírito Santo. A necessidade de que a APS se corresponsabilize no cuidado aos usuários da saúde mental e participe ativamente na constituição das redes de atenção ganha maior relevo além do incentivo financeiro. Neste sentido, esta iniciativa vem evidenciar a importância de redes de atenção e sua ordenação iniciada pela APS. Ao instituir a RAPS como uma das redes prioritárias que compõem a regionalização da saúde sinaliza em direção à capilarização da atenção em saúde mental como estratégia à superação do modelo asilar.

Outra iniciativa do governo Estadual que consideramos potencializadora para a RAPS/ES diz respeito ao Cofinanciamento dos CAPS. Trata-se de parceria estabelecida com municípios das quatro regiões na qual o Estado oferece planta, construção e equipamento e a contrapartida municipal é a cessão do terreno. Já foram investidos R\$ 8.513.417,85 até outubro de 2013. Isto corresponde à entrega de cinco CAPS estando mais cinco em processo de obras em diferentes estágios.

A Rede de Atenção Psicossocial deverá ofertar serviços e ações no nível regional que possam de fato prestar a assistência necessária, em serviços extra hospitalares, e em outros níveis de atenção, tais como, o hospital geral quando se fizer necessário, revertendo esse panorama que vem se desenhando no horizonte do Estado, que privilegia a internação em hospital psiquiátrico e abrigo em instituições de caráter fechado e asilar, como o primeiro e único recurso para o tratamento.

Há que se considerar ainda, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde no Estado do Espírito Santo - COAP/ES, e todas as ações desenvolvidas desde 2011 no sentido da sua operacionalização no ES, de extrema importância para alavancar a pactuação da RAPS. Este processo nos antecedeu e oportunizou intensificar a mobilização necessária para sensibilizar e comprometer os gestores municipais com esta política.

Dentre os Objetivos, Metas Regionais e Responsabilidades Solidárias deste contrato no que tange à Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas – traçou-se o desafio/meta de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais através do aumento da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas suas diversas modalidades (Nº de CAPS X 100 mil / população) conforme relatado a seguir:

TABELA 4 - META DE COBERTURA ESTADUAL DE CAPS ESTABELECIDADA PARA O ANO DE 2013 – COAP/ES.

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.				
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2013	Unidade
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	0,84	/100.000

Fonte: GERANEM/SAÚDE MENTAL/SESA-ES, 2013.

Abaixo, segue a projeção do aumento de cobertura Regional de CAPS com as Metas para anos de 2013 – 2015 COAP/ES.

REGIÃO NORTE - 384.861 habitantes

2013 – $3 \times 100 \text{ mil} / 384.861 = 0,77$

2015 – $15 \times 100 \text{ mil} / 384.861 = 3,89$

REGIÃO CENTRAL - 571.302 habitantes

2013 – $5 \times 100 \text{ mil} / 571.302 = 0,87$

2015 – $15 \times 100 \text{ mil} / 571.302 = 2,62$

REGIÃO METROPOLITANA - 1.935.393 habitantes

2013 – $11 \times 100 \text{ mil} / 1.935.393 = 0,56$

2015 – $38 \times 100 \text{ mil} / 1.935.393 = 1,96$

REGIÃO SUL - 623.396 habitantes

2013 – $9 \times 100 \text{ mil} / 623.396 = 1,44$

2015 – $24 \times 100 \text{ mil} / 623.396 = 3,84$

DADOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE OS PROBLEMAS DA ÁREA

Estima-se que cerca de 3% da população mundial, em todas as faixas etárias, necessite de cuidados contínuos em saúde mental em função de transtornos mentais severos e persistentes: psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves ou deficiência mental com grave dificuldade de adaptação (*National Institute of Mental Health*).

Estima-se ainda que cerca de 9% da população geral, em todas as faixas etárias, precisa de cuidados em saúde mental na forma de consulta médica/psicológica, aconselhamento,

grupos de orientação ou outras formas de abordagem, em função de transtornos mentais considerados leves.

Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas – exceto tabaco – atingem por volta de 6% da população mundial, sendo que, deste total, pesquisas brasileiras identificam que “aproximadamente 10% da população acima de 12 anos de idade seja dependente de álcool” (Estimativas OMS/UNIFESP/2006-2007).

TABELA 5 - PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS NA POPULAÇÃO GERAL

NECESSIDADES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL - OMS	
3% - transtornos mentais severos e persistentes, que necessitam atendimento contínuo;	
10% das pessoas acima de 12 a sejam dependentes de álcool;	
6% - transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas;	
9% - percentual estimado da população que necessita de atendimento seja contínuo ou eventual;	
Suicídio- 4,8 óbitos/100 mil habitantes, representando 6,8% do total de mortes violentas.	

Fonte: UNIFESP-2006/2007

A carência de indicadores na área que não estejam relacionados com internações psiquiátricas bem como dificuldade de trabalhar com indicadores precisos nos levaram a fazer uso dos percentuais que indicam a prevalência de transtornos mentais na população em geral, de acordo com a OMS/UNIFESP, na tentativa de obter um cenário mais próximo das necessidades de atenção em saúde mental, nos municípios, regiões e no Estado como um todo (Tabela completa da aplicação das estimativas por região e Estado constam dos anexos deste plano).

NECESSIDADE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ES A PARTIR DAS ESTIMATIVAS DA OMS POR REGIÃO									
REGIÃO	População Ano 2012	População Maior de 12 anos	Transtornos mentais severos e persistentes	Dependentes de álcool	Transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Necessidade de atendimento contínuo ou eventual	Suicídios com base no número de habitantes	Suicídios com base em mortes violentas	Suicídios ocorridos
NORTE	390.351	307.042	11.711	30.704	23.421	35.132	19	33	14
CENTRAL	582.786	466.144	17.484	46.614	34.967	52.451	28	41	23
METROPOLITANA	1.975.438	1.593.773	59.263	159.377	118.526	177.789	95	142	88
SUL	629.492	508.450	18.885	50.845	37.770	56.654	30	41	35
TOTAL	3.578.067	2.875.409	107.342	287.541	214.684	322.026	172	257	160

TABELA 6 – aplicação dos percentuais estimados na população do ES por região de saúde – SESA/NEN/SAÚDE MENTAL.

Esta estratégia possibilitou, mesmo que por aproximação, que os gestores municipais tivessem uma ideia da sua demanda reprimida em saúde mental e da necessidade de integrar esta atenção no conjunto das ações em saúde.

SUICÍDIO

O aumento no número de suicídios na população brasileira tem representado outro fato preocupante. Os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes (PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: MANUAL DIRIGIDO A PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL- ano 2003).

No Espírito Santo, o TOXCEN trabalha com um sistema de atendimento telefônico 24h para orientação de conduta aos casos de intoxicação de qualquer espécie (picadas de insetos, intoxicação alimentar, produtos químicos) incluindo aí as intoxicações autoprovocadas.

Estas são entendidas como Tentativas de Suicídio e assim sendo, é orientado à equipe médica ou ao familiar que entrou em contato com o TOXCEN que encaminhe o paciente para o atendimento psicológico neste serviço. O atendimento em saúde mental oferecido é de apoio psicológico e, uma vez que o paciente se recupere do quadro agudo ele é encaminhado para psicoterapia na rede.

Em **2009** foram registrados no TOXCEN **1.810** casos de **Tentativas de Suicídio**; em **2010**, **1.664** casos. A prevalência é maior na faixa etária entre 20 e 39 anos de idade. As substâncias utilizadas para as **Tentativas por intoxicação** variam: medicamentos (analgésicos, antiinflamatórios, sedantes, anticonvulsivantes etc.), agrotóxicos, produtos domissanitários, álcool etílico. Utilizados sozinhos ou em combinações variadas. Todos, na maior parte das vezes, obtidos dentro da própria casa. **Os medicamentos estão em primeiro lugar, sendo os benzodiazepínicos os mais utilizados (misturados ou não a álcool ou outras drogas).**

As **Tentativas de Suicídio (TS)** respondem por 25% do total de todos os suicídios consumados e têm uma característica peculiar: normalmente vêm em atos impulsivos, ao contrário dos suicídios, que normalmente são premeditados. A finalidade autodestrutiva das TS frequentemente é ambígua, o que nos dá respaldo para afirmar a importância do tratamento psicoterapêutico para esses casos.

Dados de pesquisas mundiais sobre TS apontam que:

- 30% tendem a se repetir;
- 10% conseguem êxito;
- A frequência está cada vez maior;
- Aumento de comportamento suicida em jovens (faixa etária de 14 a 29 anos de idade).

TABELA 7 - NÚMERO DE ÓBITOS POR SUICÍDIO NO ESPÍRITO SANTO 2006-2011.

ÓBITOS	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Causas						
Suicídios	161	138	151	150	161	101

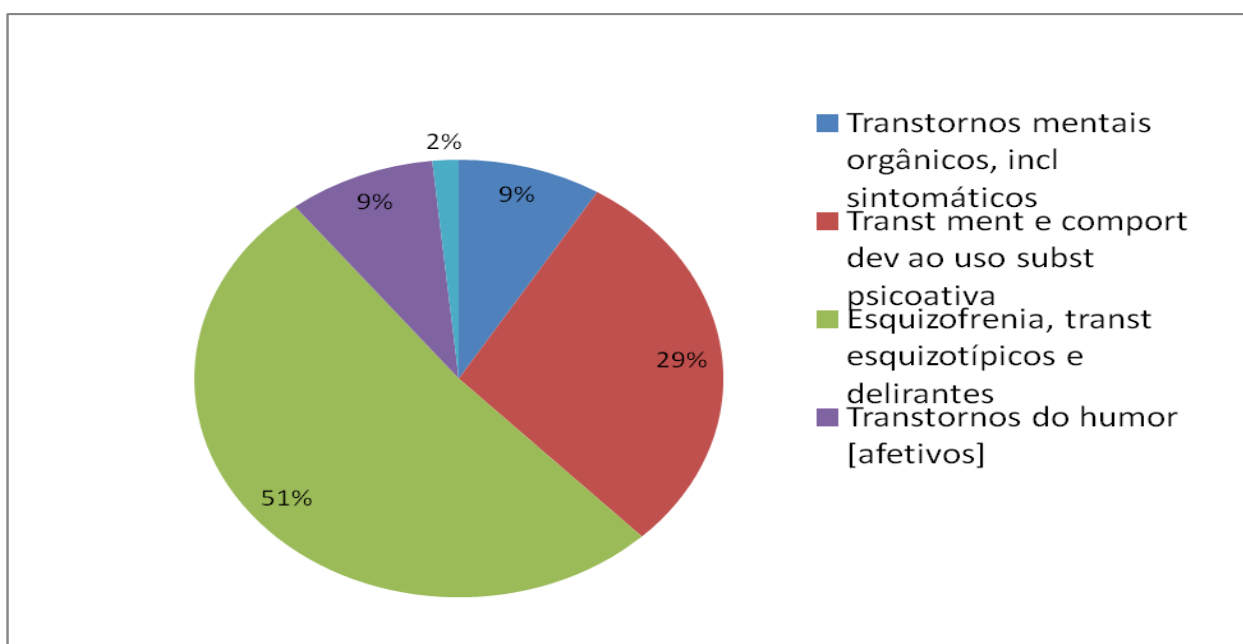
Fonte: GER/NEN/SAÚDE MENTAL

TRANSTORNOS MENTAIS

No que se refere à prevalência dos transtornos mentais na população, embora epidemiologicamente falando os transtornos mentais graves representem uma menor prevalência na população geral, o maior número de internações ainda se dá nesses casos.

As internações desses transtornos refletem não somente a gravidade dos quadros, mas também, o estigma e o preconceito que alimenta a crença de que a internação é o recurso exclusivo para solução dos mesmos. Apontam também, para as falhas na implantação das políticas de saúde mental no Estado e para a necessidade de configuração das Redes de Atenção Psicossocial - RAPS, nos dando um importante indicativo da necessidade de sua consolidação. As informações abaixo apresentam o perfil de internações por transtornos no ES em 2010 e confirmam a predominância das internações dos agravos, no que tange aos transtornos mentais graves.

GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR TIPO DE TRANSTORNO NO ES – 201



Fonte: GERA/NEN/SAÚDE MENTAL

TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS – SPA

Atualmente, o abuso e a dependência de drogas no Brasil – em especial do álcool e do crack – se transformaram numa nova chaga social. As vítimas acumulam-se, com graves repercussões na ocupação do espaço urbano, na exclusão econômica e social, na rede de saúde e na vida das famílias. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas configura sério um problema de saúde pública. Em 2009, o Vigitel mostrou que a frequência de adultos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 18,9%, sendo quase três vezes maior em homens (28,8%) do que em mulheres (10,4%). Essa proporção diminui com a idade e aumenta com a baixa escolaridade do indivíduo.

Na tabela abaixo, a série histórica das Internações Por Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas no Espírito Santo, classificadas por tipo de transtorno mentais decorrentes do uso abusivo de SPAs (CID 10), comprova este dado como podemos ver a seguir.

TABELA 8 – SÉRIE HISTÓRICA 2006 - 2011 POR TIPO DE TRANSTORNO MENTAIS DECORRENTES DO USO ABUSIVO DE SPAS DAS INTERNAÇÕES POR USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ESPÍRITO SANTO - CID 10 F10 A F19.

Diagnóstico CID10 (categ.)	2006	2007	2008	2009	2010	2011
F10 - Transt mentais comport. dev. uso álcool	1.698	2.094	1.579	1.499	1.495	1.418
F11 - Transt. mentais e comport. dev. uso de opiáceos	5	6	2	-	-	-
F12 - Transt. mentais comport. dev. uso canabinóides	9	3	7	-	-	2
F13 - Transt. mentais comport. dev. uso sedat. hipnot.	3	-	-	-	-	3
F14 - Transt. mentais e comport. dev. uso da cocaína	29	36	45	26	94	74
F15 - Transt. ment. comp. uso outr. estim. incl. cafeína	4	6	13	5	-	8
F16 - Transt. mentais comport. dev. uso alucinógenos	-	2	-	-	-	-
F17 - Transt. mentais e comport. dev. uso de fumo	2	2	1	-	-	-
F18 - Transt. mentais comport. dev. uso solv. voláteis	9	12	7	6	21	5
F19 - Transt. ment. comp mult. drog. out subst. psicoat.	661	778	1.206	1.009	1.082	1.221

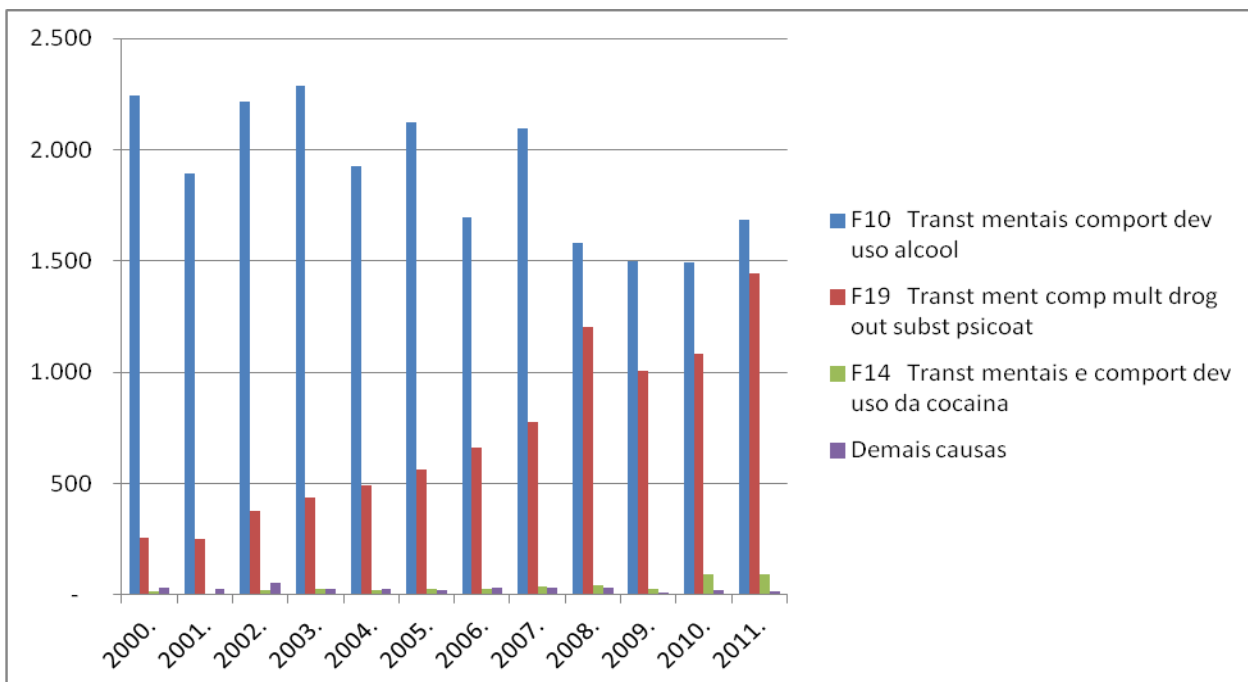
FONTE: SESA/NEN/SAÚDE MENTAL.

No que tange aos transtornos decorrentes ao uso abusivo de substâncias psicoativas a tabela acima permite observar que **o uso prejudicial do álcool representa o maior percentual nas internações no ES**, entretanto o gráfico 3, abaixo, além de confirmar a gravidade em relação a este aponta para uma preocupante tendência do crescimento do uso abusivo de múltiplas drogas.

GRÁFICO 3 - INTERNAÇÕES EM AD NO ES POR TIPO DE TRANSTORNO – SÉRIE HISTÓRICA 2001 A 2011.

Fonte: GERANEN/SAÚDE MENTAL

O uso abusivo de medicamentos controlados cresce rapidamente no mundo e já supera todo o abuso somado de heroína, cocaína e ecstasy, segundo o relatório anual divulgado



em 2012, pelo Departamento Internacional de Controle de Narcóticos ligado à ONU. O relatório aponta que várias mortes de celebridades nos últimos anos, chamaram a atenção para o problema dos medicamentos lícitos.

O relatório aponta para a dificuldade de se obter dados abrangentes sobre esse "problema oculto", mas na Alemanha, por exemplo, estima-se que 1,4 a 1,9 milhão de pessoas sejam dependentes de medicamentos vendidos com prescrição. Em vários países europeus, entre 10 e 18 por cento dos estudantes usam sedativos ou tranquilizantes sem receita.

Por observação e pelas demandas de receitas junto à assistência farmacêutica sabemos que esta problemática está presente no Brasil e, com muita força no nosso Estado. Esperamos que a efetiva implantação da informatização do SUS e a ampliação da Atenção na lógica das redes venham a produzir as informações necessárias na organização e planejamento de políticas que possam efetivamente produzir respostas a esta questão.

TRANSTORNOS MENTAIS E TRABALHO

No Brasil, **o auxílio doença por transtornos mentais é a terceira causa de afastamento do trabalho**. De acordo com o INSS, o transtorno mental é a terceira causa mais incidente nos requerimentos de auxílio-doença, de uma lista de 17 agrupamentos significativos.

O INSS informa ainda que os transtornos mentais tem sido uma das principais causas de perda de dias de trabalho. Os transtornos menores quatro dias por ano e os transtornos maiores até duzentos dias por ano.

A depressão é transtorno mais comum e responde por mais de 50% dos afastamentos por transtorno mental. Como ela é mais comum entre as mulheres – na proporção de 3 para cada homem –, sua incidência predomina nas ocupações em que há mais profissionais do sexo feminino. É mais encontrada entre professoras. Além disso, também se relaciona às fases da vida da mulher aparecendo quando ela está mais vulnerável, como após o nascimento de um filho ou na menopausa, períodos em que há várias alterações na parte endocrinológica.

De acordo com OMS (Organização Mundial de Saúde), até 2020 a depressão será a principal doença mais incapacitante em todo o mundo. Isso significa que quem sofre de depressão tem a sua rotina virada do avesso. Ela deixa de produzir e tem a sua vida pessoal bastante prejudicada. Atualmente, mais de 120 milhões de pessoas sofrem com a depressão no mundo – estima-se que só no Brasil, são 17 milhões. E cerca de 850 mil pessoas morrem, por ano, em decorrência da doença.

Segunda colocada no ranking das causas de afastamento por doença psiquiátrica, a ansiedade pode estar associada a transtornos de estresse pós-traumático – eles surgem depois de acidentes graves com risco de morte, exposição à violência e abusos sexuais, entre outros fatores. Policiais e bombeiros são tradicionalmente os profissionais mais afetados, mas bancários, bastante sujeitos a assaltos, e caminhoneiros, que sofrem sequestros relâmpagos, sobretudo nas madrugadas, entraram para o grupo de risco.

Em terceiro lugar da lista estão as perturbações originadas pelo consumo de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína e crack. Elas afetam principalmente quem lida com aspectos sociais que a maioria das pessoas prefere evitar, como o caso de trabalhadores de canaviais, lixeiros e coveiros.

Diante da magnitude dos desafios trazidos pela contemporaneidade, nos quais a saúde mental encontra-se cada vez mais instada a dar respostas, cabe lembrar que o conceito de Atenção Psicossocial representa um salto quântico na compreensão destes fenômenos. O conceito de atenção psicossocial implica em um conjunto de transformações e inovações que contribuem para a construção de uma nova imagem social dada à loucura e aos sujeitos "em sofrimento". A questão dos direitos humanos também possui importância singular, pois trata da inclusão de novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Nesta perspectiva, a promulgação da Lei Federal nº 10.216/01 e a aprovação de demais leis estaduais de reforma psiquiátrica serviram de legitimação, embora a construção da cidadania diga respeito a um processo mais complexo de mudança de mentalidades.

IV. COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Unidade Básica de Saúde (ERSM): Todos os municípios do Estado com população abaixo do parâmetro para implantação de CAPS pactuaram ofertar Atenção Psicossocial através das Equipes de Referência em Saúde Mental (ERSM) para atuarem na organização do cuidado, das capacitações e da articulação entre os serviços da sua rede e da região. Este arranjo vem acontecendo há muito no Espírito Santo como uma saída para os municípios de pequeno porte como uma possibilidade de cuidar dos usuários. **O Anexo I** detalha a proposta e seu funcionamento. Além disso, será oferecida capacitação em Atenção Psicossocial a todos os profissionais da APS e das equipes.

Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF: Alguns municípios optaram por lotar suas ERSM nos NASF em implantação como forma de conseguirem recursos para custeá-las.

Consultório na Rua: Os Consultórios na Rua prestam atenção integral à saúde **da população em situação de rua**, considerando suas diferentes necessidades de saúde. Essas equipes no que tange à RAPS trabalham no sentido de promover o vínculo e o cuidado aos transtornos mentais decorrentes ou não do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas através da estratégia de Redução de Danos. São equipes multiprofissionais que atuam de forma itinerante e in loco; desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção.

Modalidades das eCR:

- Modalidade I (custeio de R\$9.500,00): equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, excetuando-se o médico, sendo:
 - a) dois profissionais de nível superior; e
 - b) dois profissionais de nível médio;
- Modalidade II (custeio de R\$13.000,00): equipe formada, minimamente, por seis profissionais, excetuando-se o médico, sendo:
 - a) três profissionais de nível superior; e
 - b) três profissionais de nível médio;
- Modalidade III (custeio de R\$18.000,00): equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

A equipe de CR poderá ser composta pelos seguintes profissionais de saúde: enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; médico; agente social; técnico ou auxiliar de enfermagem; e técnico em saúde bucal. Entretanto, na composição de cada equipe do CR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior.

Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: Visam garantir a atenção integral aos residentes destes componentes atuando de modo semelhante a uma equipe de saúde da família.

Centros de Convivência e Cultura - É unidade pública, articulado às Redes De Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Os Centros de Convivência são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. (será regulamentado por portaria específica, posteriormente).

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

- Público-alvo - População capixaba com necessidade de atenção em saúde mental e suas famílias, com foco no acesso dos usuários de drogas e pessoas com sofrimentos psíquicos.
- Objetivo - Implantar os Centros de Atenção Psicossocial destinados a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas em situação de sofrimento mental grave e com necessidades de saúde relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas.
- Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, nas suas diferentes modalidades:

CAPS I

- Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes.

CAPS II

- Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

CAPS III

- Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a

outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

CAPS ad II

- Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

CAPS ad III

- Atende adultas ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

CAPS i

- Atende crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- SAMU 192;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.

Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências – SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros - são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede de Urgência e Emergência na sua interface com a RAPS constituiu programa de qualificação em conjunto para as suas redes de modo que todos os pontos da RUE no Estado serão qualificados para atender as Urgências e Emergências em saúde mental.

ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

- Unidade de Acolhimento:

A Unidade de Acolhimento é um componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Este ponto de atenção é um serviço novo que funcionará no período integral, 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana. Devem oferecer acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo o direito de moradia, educação e convivência familiar/social com a possibilidade de acolhimento prolongado (de até 6 meses). As unidades poderão ser destinadas para adultos, ou para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e familiares e poderão ser encaminhadas pela equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.

- Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas).

ATENÇÃO HOSPITALAR

- Enfermaria especializada em Hospital Geral;
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Público-alvo - Pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Objetivo - Implantar leitos de Urgência e Emergência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em hospitais gerais para observação em regime de 72 horas às pessoas que necessitem desse nível de complexidade.

Previsão de abertura de pelo menos duas portas de entrada em cada região.

ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

- Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Programa de Volta para Casa.

Projetos que visam a garantir às pessoas com transtorno mental em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Regiões de Saúde que ainda disponham de hospital psiquiátrico devem construir projeto de desinstitucionalização de forma articulada com o plano de expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

É importante que gestores observem o censo dos moradores em hospitais psiquiátricos para construção do projeto de desinstitucionalização.

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT):

- Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização de pessoas com histórico de internação de longa permanência. Caracterizam-se como moradias, inseridas na comunidade e destinadas à reabilitação psicossocial/cuidado de pessoas com transtorno mental que não possuam suporte social e laços familiares. Na rede de Atenção Psicossocial – RAPS, os SRTs apresentam-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização.
- Os SRT podem ser constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador.
- SRT Tipo I: moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.

SRT Tipo II: modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

V. METODOLOGIA DE PACTUAÇÃO DA RAPS

A pactuação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Espírito Santo se deu com intensa participação de gestores e técnicos municipais, a partir de encontros organizados regionalmente no modelo de fóruns e de oficinas. O objetivo desses encontros foi, mais do que a apresentação da proposta de rede por parte da Coordenação Estadual de Saúde Mental e Grupo Condutor da RAPS/ES, produzir espaços de debate e de construção conjunta. Pretende-se que, após a pactuação e construção deste plano de ação, esses espaços continuem vivos, com possibilidades de debates acerca de temas relevantes para a saúde mental.

Importante ressaltar as discussões do Grupo Condutor RAPS/ES onde foram problematizadas todas as dificuldades apontadas nos Fóruns Regionais das RAPS para a implantação e implementação desta rede no Estado. Este espaço de trabalho legitimou a proposta de realização de Oficinas de Pactuação em cada uma das quatro Regiões de Saúde. Embora tenha levado em consideração a particularidade de cada região, o processo de pactuação da Rede idealizado pelo grupo foi reproduzido nas quatro Regiões de Saúde através de uma metodologia comum que acompanhou todo o processo. Segue a metodologia utilizada em todas as regionais:

5.1. Fórum Regional Disparador em 2013

Foram realizados 4 fóruns regionais com o objetivo de apresentar o desenho de rede, conforme já discutido anteriormente nos Seminários Regionais de Saúde Mental em 2011. A proposta era de uma discussão conjunta do desenho de rede e necessárias adequações. Em cada um dos fóruns estiveram presentes os seguintes atores:

- Referências Técnicas em Saúde Mental: 1 profissional de cada município;
- Coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e + 1 técnico de cada equipe;
- Coordenador da APS de cada município: 1 profissional de cada município;
- Representantes do Grupo Condutor da Região de Saúde;
- Representantes do Grupo Condutor SESA Central;
- Diretores de hospitais gerais onde foram propostos leitos de Saúde Mental.

Além da apresentação da proposta de rede, foi fundamental apresentar minuciosamente cada um dos componentes da rede. Dos atores presentes, havia aqueles que já atuavam há muito tempo na Atenção Psicossocial e outros que haviam acabado de ingressar no processo, de modo que as mais diversas questões apareceram nesse fórum.

Pode-se avaliar que foi um momento rico em discussões e que os atores envolvidos com a saúde mental ansiavam por um espaço aberto de debates. Ressaltamos, no entanto, que esse fórum foi apenas o momento disparador de uma gama de discussões mais aprofundadas que ocorreriam em outros momentos.

5.2. Apresentação do Desenho de Rede em Câmara Técnica e CIR

Após o primeiro fórum disparador, foi verificada – nas quatro Regiões de Saúde – a necessidade de sensibilização dos gestores e técnicos municipais. Desse modo, a Coordenação Estadual levou para as 4 Câmaras Técnicas Regionais e, posteriormente, para as 4 Comissões Intergestores Regionais (CIRs) a apresentação do Desenho de Rede. Assim como no fórum, também foram apresentados minuciosamente os componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Foi possível perceber, nesse primeiro momento, um desconhecimento – por parte de muitos técnicos e gestores – acerca da proposta da Atenção Psicossocial. Também apareceram questionamentos acerca do desenho de rede proposto. Diante dessas questões, ficou clara a necessidade de maior aprofundamento da discussão sobre a RAPS em oficinas intermunicipais.

5.3. Oficinas Intermunicipais de Atenção Psicossocial ou de pactuação da RAPS

As quatro Regiões de Saúde apresentam realidades muito distintas. Da mesma forma, dentro de cada região há diferenças consideráveis entre os municípios. Desse modo, para promover um debate mais rico, ficou decidido que em cada região seriam

organizadas Oficinas Intermunicipais - contando com a participação de grupos de municípios com maior afinidade entre si.

Para a organização das oficinas Intermunicipais de Atenção Psicossocial, foi fundamental a colaboração e participação de representantes municipais. Esses representantes foram voluntários que se dispuseram a formar grupos de trabalho para organização das oficinas.

As oficinas foram sediadas por diferentes municípios, que ofereceram espaço e lanche, bem como colaboraram no convite aos participantes e na mobilização dos atores.

No processo de organização das Oficinas, contamos com a colaboração de técnicos municipais. Na intenção de organizar discussões intersetoriais, foram convidados os seguintes atores:

- Secretários Municipais de Saúde;
- Referências em Atenção Primária;
- Referências em Saúde Mental;
- Membros do ministério Público;
- Representantes do Conselho Municipal de Saúde;
- Secretários Municipais de Assistência social.

Vale ressaltar que nem sempre todos esses atores estiveram presentes. A falta de representantes do Ministério Público e de muitos Secretários de Saúde foi sentida em todas as regiões. Como atores fundamentais no processo de pactuação da rede, sua presença seria de grande importância.

As oficinas tiveram os seguintes objetivos:

- Apresentação, pela Coordenação Estadual de Saúde Mental - GC/RAPS/ES e pela referência regional, da proposta de desenho de Rede de Atenção Psicossocial a partir das discussões no fórum regional e na CIR;
- Discussão em conjunto da proposta de Rede, de modo que o grupo pudesse contribuir com novas ideias para o desenho de rede;
- Discussão em pequenos grupos sobre as potencialidades e dificuldades municipais para pactuação da Rede.

Cada encontro foi marcado pelas singularidades locais, de modo que os diferentes grupos deram o tom da discussão. Em cada oficina foram elencadas as potencialidades e dificuldades municipais para pactuação da rede, bem como propostas de ações e serviços em atenção psicossocial.

5.4. Encontros de CAPS

Os encontros de CAPS tiveram como objetivo a apresentação da situação de cada município no que se refere aos Centros de Atenção Psicossocial e um debate entre os representantes de CAPS e de Equipes de Referência em Saúde Mental – ERSM – responsáveis pelas ações em atenção psicossocial nos municípios. Em forma de roda de conversa, os profissionais em saúde mental expuseram suas angústias e suas experiências exitosas.

Assim como os Seminários Regionais ocorridos em 2011, os fóruns disparadores, as oficinas intermunicipais e os Encontros de CAPS e ERSM foram realizados regionalmente.

5.5. Fóruns de Pactuação antes da CIR

Após as oficinas Intermunicipais, foram organizados Fóruns Regionais de Atenção Psicossocial com representação de todos os municípios de cada região. Diferentemente dos fóruns disparadores, esses previam a finalização do desenho de rede para posterior pactuação em CIR.

Foram convidados os seguintes atores:

- Secretários Municipais de Saúde;
- Representantes Municipais de Atenção Primária e Atenção Psicossocial;
- Coordenadores e técnicos dos CAPS e ERSM;
- Representantes de hospitais gerais;
- Representantes dos conselhos municipais de Saúde.

Os objetivos desses encontros foram:

- Apresentação do consolidado das oficinas intermunicipais (com as principais necessidades, potencialidades e propostas dos municípios);
- Apresentação do desenho de rede reformulado a partir desses encontros;
- Debates em grupos acerca do consolidado e do desenho de rede;
- Alterações finais no desenho de rede para pactuação na CIR;
- Apresentação da Proposta de Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial.

Em cada um desses encontros, foi possível consolidar o desenho de rede apresentado em CIR. A construção conjunta da Rede de Atenção Psicossocial foi fundamental para a aprovação de um desenho de rede adequado às realidades municipais e regionais.

5.6. Pactuação em CIR

Após toda mobilização realizada em torno do processo de pactuação, o comprometimento dos gestores com esta rede se fez com dificuldades em alguns espaços decisórios. A maior delas, apontadas em todas as regiões, diz respeito à queda de receita dos municípios e a dificuldade de custear a RAPS nos atuais conjunturas.

Entretanto, a RAPS foi pactuada nas quatro regiões, bem como os seus respectivos Planos de Ação Regional e os desafios para sua implantação serão descritos no Capítulo VI a seguir.

VI. DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os fóruns e as oficinas regionais produziram, como resultado, uma extensa relação de dificuldades e potencialidades, bem como propostas para implantação da RAPS nos municípios, regiões culminando em uma robusta proposta para o Estado. A partir do produto desses encontros e da análise dos fatores que obstaculizam as ações necessárias ao amplo desenvolvimento dos processos de sua operacionalização, apresentaremos aqui os principais desafios para implantação da RAPS.

No âmbito do Governo Estadual

- Ampliar o raio de ação da atenção psicossocial para as outras políticas públicas do Estado;
- Integrar a RAPS no âmbito dos programas das políticas estratégicas do governo do Estado;
- Fortalecer a intersetorialidade desde a gestão macro contemplando as importantes interfaces com a Assistência Social, Direitos Humanos, Educação e Justiça;

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde

- Incluir a Atenção Psicossocial de forma efetiva na Política Estadual de Cofinanciamento da APS - PECAPS;
- Contribuir para a ampliação da compreensão da tecnologia de Redes, especialmente da RAPS, nas diversas gerências e espaço de gestão da SESA;
- Realizar aproximação mais efetiva com o Conselho Estadual de Saúde – CES – elevando o grau de participação da RAPS no conjunto das políticas estaduais de saúde;
- Fortalecer o diálogo da coordenação estadual da Rede de Atenção Psicossocial com a coordenação estadual do SAMU e da Central de Regulação de Internações de Urgência;
- Qualificar e promover a educação permanente nas diretrizes indicadas na instituição da RAPS;
- Constituir os Grupos Condutores Regionais da RAPS nas Regiões Metropolitana e Sul (estão constituídos nas Regiões Norte e Central, por enquanto);

- Contribuir para o fortalecimento do GT de Redes participando ativamente da integração das diversas redes em implantação no Estado.

No âmbito das Superintendências Regionais de Saúde e Municípios

- Fortalecer o diálogo com hospitais estaduais, municipais e filantrópicos, de modo a assegurar o acolhimento de qualidade a pacientes de saúde mental independente do prestador neste nível de atenção (Público/Filantrópico);
- Incluir os Agentes Comunitários de Saúde nos cursos de capacitação em Atenção Psicossocial;
- Colaborar com os municípios com relação à captação de recursos para implantação dos equipamentos necessários à RAPS;
- Contribuir para o fortalecimento da corresponsabilização entre os diversos pontos da rede;
- Contribuir para o fortalecimento da corresponsabilização entre os diversos setores sejam eles da rede estadual com a municipal sejam da intersetorialidade intrínseca do município naquilo que for possível;
- Dar continuidade aos fóruns Estaduais e Regionais periódicos para fortalecer o diálogo entre os diversos atores fundamentais para a real efetivação da rede, incluindo sociedade civil;
- Promover encontros periódicos – estaduais e/ou regionais - entre os CAPS, NASF e ERSM de todo o Estado.

Mudança de Paradigma

- Contribuir para a transformação cultural sobre a forma de olhar para o 'louco', o 'drogado' e demais pessoas de uma estrutura social que exclui;
- Contribuir para a inversão da lógica da exclusão para a lógica do cuidado no território evidenciando que “trancar não é tratar”;
- Contribuir para o desenvolvimento das estratégias de Redução de Danos, na esfera das Políticas de Álcool e Outras Drogas e de Saúde possibilitando o fortalecimento do cuidado com respeito aos direitos humanos, à liberdade e à cidadania;
- Contribuir para a reinserção social dos usuários de saúde mental valendo-se sempre que possível da intersetorialidade como forma de implicação dos diversos atores corresponsáveis no enfrentamento das desigualdades sociais e mobilização pela garantia dos direitos.

VI. QUALIFICAÇÃO DA RAPS

Entendemos que a relevância das capacitações propostas para a rede de Atenção Psicossocial no ES, se dá por promover a consolidação do modelo de atenção psicossocial com práticas alinhadas aos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira, consonantes com a Política de Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas. Nessa direção, impulsionará a construção da rede de Atenção Psicossocial - RAPS em implementação no Estado do Espírito Santo. No momento encontra-se em processo de finalização as seguintes capacitações:

CAPACITAÇÃO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

- Objetivo geral: Qualificar profissionais do SUS no Estado do Espírito Santo, em Atenção Psicossocial para prestar atendimento integral e com qualidade a pessoas em situação de sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas.
- Público-Alvo: Profissionais de Saúde Mental com nível superior que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial, nas Equipes de Referência em Saúde Mental - ERSM, NASF e nas Unidades de Atenção Primária a Saúde do SUS do Estado do Espírito Santo.
- Vagas: O curso oferecerá 320 (trezentos e vinte) vagas para profissionais dos “municípios pólo” das Regiões de Saúde: Norte, Central e Sul. São eles: Barra de São Francisco, São Mateus, Nova Venécia, Aracruz, Linhares, Colatina, Baixo Guandu, Cachoeiro do Itapemirim, Castelo, Guaçuí, Anchieta, São José do Calçado, Itapemirim e Alegre;
- Foco: Implantar a estratégia do matriciamento em Saúde Mental à Atenção Primária Saúde - APS pelas equipes dos CAPS;
- Carga Horária de 40hs com 05 Módulos;
- Execução Provável pela Escola de Serviço Público do ES-ESESP;
- Custo Estimado 137. 809.000,00;
- Aguardando liberação de Recurso do SICONV-MS/SESA;
- Previsão de início: 1º semestre de 2014.

CAPACITAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

- Instrumentalizar os profissionais para fazer o enfrentamento cotidiano das situações de crise na ótica da atenção psicossocial nos diferentes pontos de atenção das Redes, conforme proposto no Curso de CAPACITAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL, vem ao encontro do plano de fortalecimento das RAPS no ES;
- Objetivo geral: Qualificar profissionais de saúde de nível superior – médicos e enfermeiros que lidam no cotidiano com situações de urgência e emergência em saúde mental, para a identificação, abordagem e intervenção nas crises agudas e, consequentemente, prestar atendimento integral e com qualidade a todo cidadão que dela necessitar;
- Público alvo: Profissionais de Saúde de nível superior e médio do SAMU 192, CAPS AD III e CAPS III, profissionais de nível superior dos Prontos Atendimentos, Pronto Socorro em Saúde Mental e Central de regulação de vagas, que atuem na **Grande Vitória**;
- Vagas: Contemplará 400 (quatrocentos) profissionais de nível superior e médio dos cinco pontos de atenção definidos no projeto. Dessas vagas, 280 serão destinadas aos profissionais de nível superior e 120 vagas para o nível médio. Perfazendo o total: 400 vagas, sendo 10 turmas com 40 alunos;
- Foco no Diagnóstico Sindrômico e abordagem à Crise;
- Carga Horária - 40 horas semanais para cada curso ministrado em cinco módulos;
- Execução possível por Instituição de ensino via Edital;
- Custo Estimado 137. 809,00;
- Aguardando liberação de Recurso Do SICONV-MS/SESA.

CAPACITAÇÃO PARA AS EQUIPES DOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS- HG

- Relevância: Instrumentalizar os profissionais médicos e enfermeiros para o atendimento às situações de crise e o seguimento das mesmas nas internações hospitalares nos hospitais gerais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, conforme proposto, vem ao encontro com o plano de estruturação e fortalecimento das RAPS no ES. O curso será realizado de modo descentralizado contemplando as quatro Regiões de Saúde (Norte, Central, Metropolitana e Sul);

- Público-Alvo: Profissionais de nível superior das Equipes dos Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais públicos e filantrópicos;
- Vagas: O Curso de capacitação das Equipes dos Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais destina-se a qualificar 385 profissionais de nível superior dentre Médicos (clínicos e pediatras) e Enfermeiros dos HG que comporão as RAPS. Dessas vagas, 222 serão destinadas aos profissionais Médicos e 163 vagas para os Enfermeiros;
- Foco no atendimento a crise e seguimento das internações em leitos de Hospital Geral;
- Carga Horária 32h com 05 módulos, sendo 11 turmas com 35 alunos;
- Execução possível por instituição de ensino via edital de contratação;
- O recurso financeiro para o curso em questão será custeado pela SESA.

CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-RUE

- Relevância: instrumentalizar os profissionais médicos para realização do diagnóstico sindrômico e o atendimento às situações de Urgência e Emergência em saúde mental nos Prontos Socorros dos hospitais gerais e Pronto Atendimentos que compõem a Rede de Saúde, conforme proposto, vem ao encontro com o plano de estruturação e fortalecimento das RAPS no ES melhorando o acesso à Rede de Urgência e Emergência às pessoas em situação de sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas além de reduzir as internações dos mesmos;
- Objetivo geral: Qualificar profissionais médicos do SUS no Estado do Espírito Santo, que lidam no cotidiano com situações de urgência e emergência em saúde mental, para a identificação, abordagem e intervenção nas crises agudas e, conseqüentemente, prestar atendimento integral e com qualidade a todo cidadão que dela necessitar;
- Público-Alvo: Profissionais médicos que estão sendo capacitados pela rede de urgência e emergência – RUE;
- Foco no diagnóstico sindrômico e abordagem à crise;
- Carga Horária de 20 Horas com 04 Módulos. 12 Turmas Com 40 Alunos;

- Execução possível por instituição de ensino via edital de contratação;
- Recurso da RUE + contrapartida da SESA - Abrange de todos os pontos de U&E do Estado.

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM SAÚDE MENTAL PARA NÍVEL MÉDIO DA REGIÃO METROPOLITANA

- Objetivo geral: Possibilitar a formação dos profissionais de nível médio que atuam na Atenção Primária como uma aposta na mudança da lógica do acolhimento propiciando maior aproximação do profissional de saúde com as pessoas que necessitam desse tipo de assistência através de uma abordagem inicial mais eficiente que fortaleça o vínculo e promova a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico;
- Público-Alvo – Profissionais de nível médio que atuam na atenção primária da Região Metropolitana: ACS, Técnicos de enfermagem;
- Início no 1º semestre de 2014;
- Recurso da SESA-CIES METROPOLITANA+ETSUS Vitória;

RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

A residência médica em Psiquiatria integra o projeto Estadual de residências em saúde como parte da Política de Qualificação dos Profissionais de Saúde do Estado do Espírito Santo.

- Objetivo: Formar profissionais médicos na especialidade de psiquiatria, habilitados ao atendimento geral em psiquiatria, com noções gerais de Psiquiatria Infantil, Psiquiatria Forense, Psiquiatria Geriátrica, Atenção Psicossocial e Psicoterapia, para compor a Rede de Atenção psicossocial do SUS no Estado do Espírito Santo.
- Características ou dados relevantes:
- Os recursos financeiros poderão ser provenientes tanto de recurso Estaduais quanto do Pró Residência;
- Será utilizada a rede da SESA (Hospitais e Unidades Ambulatoriais);

- Serão estabelecidos contratos e convênios com municípios, Instituições de Ensino Superior caso se façam necessário;
- Seguirá as diretrizes de educação permanente;
- Ocorrerá de forma descentralizada e organizada de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) estadual, seguindo a Política Estadual de Qualificação dos Profissionais de Saúde;
- Encontra-se de acordo com o Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Atenção Primária;
- Implica em transformar todos os serviços da Rede da SESA em unidades de ensino. A contrapartida seria compartilhada pelas Instituições de ensino com estagiários nesses locais (serviria entre outras coisas para montar os centros de estudo);
- Será pago incentivo financeiro para preceptores com a criação de uma lei própria – **Sua efetivação hoje esbarra na aprovação de uma lei que regule e permita a SESA pagar os serviços de preceptoria.**

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA

A área técnica de SAÚDE MENTAL - SESA, com a finalidade de impulsionar a implementação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e tendo em vista a grande carência de profissionais médicos especializados na área de psiquiatria no Estado, propõe ofertar qualificação em nível de pós-graduação latu senso, para médicos clínicos com interesse em saúde mental lotados nos municípios do ES.

- Relevância: auxiliar no processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS ofertando profissionais habilitados para a assistência em saúde mental, alinhadas aos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira, consonantes com a Política de Saúde Mental, Álcool, Crack e Outras Drogas. Além disso, impulsionará a construção da rede de Atenção Psicossocial - RAPS, em implementação no Estado do Espírito Santo;
- Objetivos: Formar profissionais médicos na especialidade de psiquiatria, habilitados ao atendimento geral em psiquiatria, com noções gerais de Psiquiatria Infantil, Psiquiatria Forense, Psiquiatria Geriátrica, Atenção Psicossocial e Psicoterapia, para compor a Rede de Atenção psicossocial do SUS no Estado do Espírito Santo;

- Público-Alvo – Médicos dos municípios, **de vínculo estável** com experiência comprovada de atuação na área de saúde mental no SUS pelo período mínimo de 3 anos;
- Busca atender demanda dos municípios que se queixam da dificuldade de contratar este profissional;
- Foco - Formar médicos na especialidade de psiquiatria geral com perfil para atendimento em psiquiatria geral na lógica da atenção psicossocial;
- Vagas para 40 Profissionais Médicos;
- Carga Horária de 800hs (60% teórica e 40% prática);
- Execução possível por instituição de ensino via edital;
- Custo Estimado 800. 000,00;
- O recurso financeiro para o curso em questão será custeado pela SESA.

TREINAMENTO DE GESTORES E TÉCNICOS PARA CAPTAÇÃO DE RECURSOS, CADASTRAMENTO E REGISTRO DA RAPS.

Durante o processo de pactuação das RAPS verificou-se a necessidade de treinar profissionais dos municípios para a captação do recurso federal dos serviços que compõem a rede. Muitos municípios custeiam com recursos próprios as ERSMS não as tendo cadastradas sequer como equipes especializadas lotadas em USF/UBS de referência, bem como em NASF. A mesma dificuldade vem ocorrendo com CAPS, SRTs, CR e UAs.

Outra observação importante a ser feita diz respeito ao cadastramento no SCNES. Muitos municípios apresentam erros no sistema. Tem sido importante chamar cada um dos municípios com CAPS para verificar a portaria de habilitação e acertar sua inscrição no sistema. No intuito de evitar que no futuro isto se repita com os novos serviços entendemos a importância de inserir este conteúdo neste treinamento.

Outro conteúdo que se torna imprescindível para um treinamento visando à implantação da RAPS diz respeito ao preenchimento da RAS. Verificamos que há muitas dúvidas em relação ao mesmo que devem ser sanadas para que as ações previstas na portaria possam ser realizadas e custeadas.

O público alvo deste treinamento seria: profissionais do planejamento ou financeiro, Coordenadores ou Referências Técnicas de Saúde Mental e Coordenadores e técnicos de CAPS dos municípios. Portanto, seria de grande valia contar com a parceria da equipe do Ministério da saúde para capacitar as regiões em relação a estes temas. Temos parte deste conteúdo já construído e esperamos que nosso apoio institucional nos auxilie a estruturá-los e executá-lo no primeiro trimestre de 2014.

VII. PRINCIPAIS METAS DA RAPS

- Ampliar a cobertura de CAPS em 80% de acordo com os parâmetros estabelecidos pelas portarias até 2016;
- Fortalecer a Atenção Psicossocial através do aumento da cobertura dos componentes mais recentemente incorporados à Política como os serviços CAPS tipo III, as Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil e os leitos em Hospitais Gerais;
- Possibilitar o acesso à Atenção Psicossocial à população em geral;
- Possibilitar o acesso à Atenção Psicossocial e aos cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas, quilombolas e tradicionais);
- Possibilitar o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- Contribuir para a Prevenção do consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- Contribuir para Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- Contribuir para a promoção, a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- Contribuir para a promoção de mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- Contribuir para desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

- Contribuir na Regulação e organização das demandas e dos fluxos assistenciais dos pontos de atenção da RAPS;
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção;
- Qualificar toda a rede, nas quatro Regiões de Saúde, considerando as especificidades intrínsecas dos usuários em fluxo em suas singularidades – crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas, quilombolas e tradicionais;
- Dar continuidade à mobilização, nas quatro regiões, que possibilitou à pactuação em todo Estado através de Fóruns, Seminários e outros encontros que possibilitem o fortalecimento e a troca de experiências;
- Contribuir para a promoção de um Estado do Espírito Santo mais inclusivo e menos manicomial.

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Planos de Ação Regionais das RAPS no Espírito Santo obedeceram todo o tramite exigido pela legislação do SUS considerando seu caráter democrático e participativo. Este documento que ora finalizamos se destina a dar uma visão global da implantação da Política de Saúde Mental no Estado e antecede os Planos Regionais que dão conta das informações mais pertinentes ao contexto loco regional.

Após todo o percurso regional seu conteúdo, desenho de rede pactuado e tabelas financeiras foram aprovados em reunião do COSEMS dia 29/11/13. Após o que seguiu para apreciação em Câmara Técnica da CIB/ES e foi apresentada aos técnicos e aprovada para ser encaminhada à reunião de CIB em 03/12/13.

Em 06/12/13 foi finalmente aprovada em reunião de CIB por meio da Resolução 307 de 10 de dezembro de 2013.

VIII. ANEXOS

I - PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

II – ESTIMATIVA OMS – NECESSIDADE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ES

