

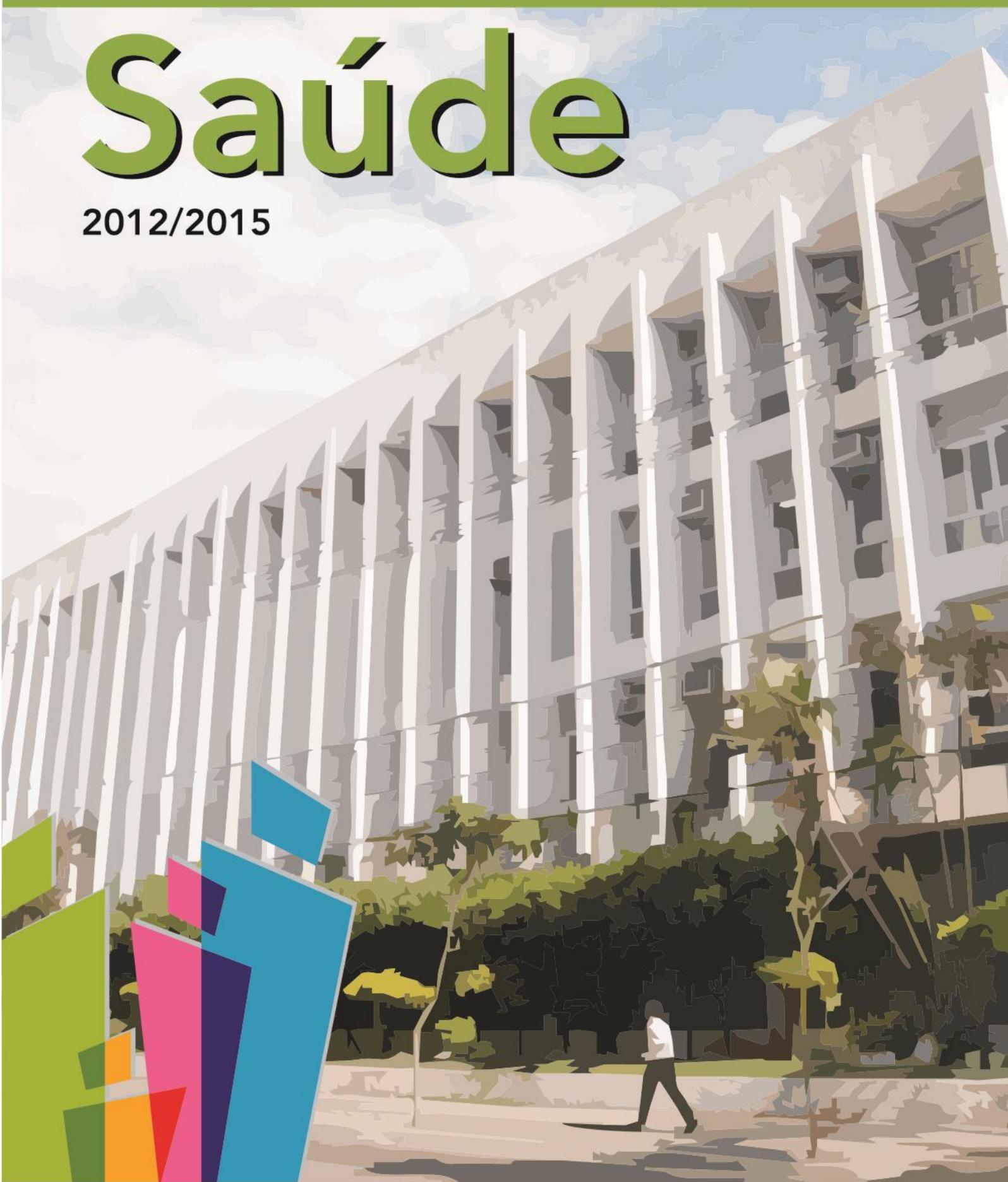
SECRETARIA
DA SAÚDE



Plano Estadual de

Saúde

2012/2015





ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015

Vitória - ES
Novembro de 2012

José Renato Casagrande
Governador do Estado

José Tadeu Marino
Secretário de Estado da Saúde

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

Aloisio Calve
Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Administração e
Financiamento da Atenção à Saúde

Fábio Benezath Chaves
Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Gestão Hospitalar

Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga
Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional

Pedro Benevenuto Junior
Gerência de Vigilância em Saúde

Maria Gorette Casagrande dos Santos
Gerência de Regulação e Assistência

João Cezar Moraes
Gerência Técnico-Administrativa

Maria José Sartório
Gerência de Assistência Farmacêutica

Solange Damm
Gerência de Auditoria em Saúde

Lourdinha Amélia Roccon Sossai
Gerência de Recursos Humanos

Juarez Fernandes Ramos
Gerência de Tecnologia da Informação

Jaqueline Moffati Ozório de Oliveira
Gerência de Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde

Melissa Santos de Oliveira Lisboa
Gerência de Gestão Hospitalar

Luciano Favaro Bissi
Gerência do Fundo Estadual de Saúde

Eloá Sena Guilhen Ribeiro
Núcleo Especial de Desenvolvimento, Planejamento e Orçamento em Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
Demografia.....	14
CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	20
Morbidade.....	20
Morbidade Hospitalar.....	20
Agravos Sob Vigilância.....	21
Morbidades Não Transmissíveis.....	43
MORTALIDADE.....	44
Mortalidade Infantil e Materna.....	49
DETERMINANTES E CONDICIONANTES.....	52
Aspectos Sanitários.....	52
Desenvolvimento Socioeconômico.....	55
Emprego, Renda e Escolaridade.....	57
ATENÇÃO À SAÚDE.....	58
Atenção Primária.....	58
Redes de Atenção à Saúde.....	60
Ações e Serviços de Saúde.....	66
Rede Hospitalar Própria.....	67
Hospitais da Região Metropolitana.....	67
Hospitais da Região Central.....	70
Hospitais da Região Norte.....	71
Hospitais da Região Sul.....	72
Serviços de Referência.....	73
Ações Coletivas.....	85
GESTÃO.....	88
Gestão do Conhecimento e da Informação.....	89
Regionalização.....	90
Os Complexos Reguladores.....	97
Planejamento.....	102
Financiamento.....	104
DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE.....	110
DIRETRIZES DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE.....	124
ANEXOS.....	126
PLANO PLURIANUAL - PPA 2012/2015.....	127
RESOLUÇÃO CES Nº 784/2012 – APROVA O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE.....	152

LISTA DE SIGLAS

AASI - Aparelho de Amplificação Sonora Individual
ACR - Acolhimento com Classificação de Risco
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS - Atenção Primária à Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVE - Acidente Vascular Encefálico
BCG - Bacilo de Calmette-Guérin
CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEFT - Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas
CERAC - Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CES - Conselho Estadual de Saúde
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CID 10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNCDO - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS - Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
CRE - Centro Regional de Especialidades
CREFES - Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo
CRIU - Central de Regulação de Internação de Urgência
DAB - Departamento de Atenção Básica
DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD - Educação à Distância
EC - Emenda Constitucional
ES - Espírito Santo
ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Equipes da Estratégia de Saúde da Família
FES - Fundo Estadual de Saúde
FIPAFES - Fórum Intersectorial Permanente de Assistência Farmacêutica do Espírito Santo
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GEAF - Gerência de Assistência Farmacêutica
GM - Gabinete do Ministro
H1N1 - gripe A: doença aguda respiratória altamente contagiosa entre seres humanos
HAB - Habitantes
HDS - Hospital Estadual Dório Silva
HEAC - Hospital Estadual de Atenção Clínica / Hospital Estadual Adauto Botelho
HEMOES - Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo
HIMABA – Hospital Estadual Infantil Alzir Bernardino Alves
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HRAS - Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras
HSL - Hospital Estadual São Lucas
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS - Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Prestações de Serviços
IESP - Instituto Estadual de Saúde Pública
IFES - Instituto Federal do Espírito Santo
INCA - Instituto Nacional do Câncer
IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IR - Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza
IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte
IRT - Tripsina Imunoreativa
ITCMD - Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação
ME - Morte Encefálica
MS - Ministério da Saúde
MV 2000 - software de gestão hospitalar/regulação
OMS- Organização Mundial da Saúde
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PA - Pronto Atendimento
PAB - Piso de Atenção Básica
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PES - Plano Estadual de Saúde
PM - material particulado
PNCD - Programa Nacional de Controle da Dengue
PPA - Plano Plurianual
PS - Pronto-Socorro
PSE - Programa Saúde na Escola
RN - recém-nascido
RREO - Relatório Resumido da Execução Orçamentária

SADT - Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS - Secretaria de Atenção a Saúde
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEFAZ - Secretaria de Estado da Fazenda
SEGER - Secretaria de Estado de Gestão e Recursos Humanos
SERP - Sistema Estadual de Registro de Preços
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESA - Secretaria de Estado da Saúde
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAFEM - Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios
SI-API - Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravo de Notificação
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISREG – Sistema de Regulação
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNT - Sistema Nacional de Transplantes
SPE - Saúde e Prevenção na Escola
SRS - Superintendência Regional de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TB - Tuberculose
TOXCEN - Centro de Atendimento Toxicológico
UCI - Unidade de Cuidados Intermediários
UFES - Universidade Federal do Espírito Santo
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USF - Unidade de Saúde da Família
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
VIGIAGUA - vigilância da qualidade de água para consumo humano
VIGIAR - vigilância em saúde de populações expostas à poluição do ar
VIGITEL - vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
VISA - Vigilância Sanitária

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição populacional por faixa etária e ano. ES: 1991 e 2010

Tabela 2: Cobertura vacinal de hepatite B, segundo faixa etária. Espírito Santo, 2010

Tabela 3: Casos Autóctones de Leishmaniose Visceral confirmados por municípios. Espírito Santo, 2008 a 2011

Tabela 4: Número de casos, incidência, taxa de mortalidade e taxa de letalidade de tétano acidental. Espírito Santo, 2005 a 2011

Tabela 5: Mortalidade proporcional segundo principais causas da CID-10 por faixa etária. Espírito Santo, 2010

Tabela 6: Frequência absoluta (Nº) e relativa (%) e taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) segundo sexo e faixa etária. Espírito Santo, 2010

Tabela 7: Distribuição dos óbitos de menores de um ano, segundo a causa (Cap CID 10). Espírito Santo, 2010

Tabela 8: Número absoluto de óbitos e Coeficiente de Mortalidade Materna. Espírito Santo, 2007 a 2011

Tabela 9: Evolução histórica da implantação das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Espírito Santo, 2000 a 2011

Tabela 10: Internações por uso prejudicial de Álcool e Outras Drogas segundo diagnóstico – CID 10. Espírito Santo 2006 a 2011

Tabela 11: Maternidades de referência para gestação de alto risco por região

Tabela 12: Leitos de UTI adulto em hospitais com maternidade, por região. ES, 2010

Tabela 13: Procedimentos da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Espírito Santo - 1998 a 2011

Tabela 14: Implantação das ESB na ESF no ES no período de 2006 a 2011

Tabela 15: Participação Percentual dos Entes Federados no Gasto Público em Saúde

Tabela 16: Recursos Aplicados em Saúde - Período 2002 a 2011

Tabela 17: Previsão de Aplicação em Saúde com Recursos de Caixa do Tesouro Estadual

Tabela 18: Previsão de Aplicação em Saúde com Recursos de Todas as Fontes

Tabela 19: Atendimentos realizados pela ouvidoria no período 2010-2011

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Mapa Estratégico do Governo do Estado do Espírito Santo

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Estrutura etária por sexo e idade. Espírito Santo, 1991 – 2010

Gráfico 2: Internações segundo grupo de causas, na população feminina. Espírito Santo, 2002 a 2010

Gráfico 3: Internações segundo grupo de causas, na população masculina. Espírito Santo, 2002 a 2010

Gráfico 4: Casos notificados de Dengue por semana epidemiológica. Espírito Santo, 2010 e 2011

Gráfico 5: Taxa de incidência de Tuberculose (por 100 mil habitantes) - Brasil, região Sudeste e Espírito Santo, 2001 - 2010

Gráfico 6: Coeficiente prevalência de hanseníase (por 10 mil habitantes) Brasil, região Sudeste e Espírito Santo, 1993 a 2009

Gráfico 7: Taxa de detecção de hepatite B (por 100 mil hab.) Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 1999 a 2009

Gráfico 8: Cobertura vacinal (%) em menores de 1 ano por tipo de imunobiológico. Espírito Santo, 2010

Gráfico 9: Mortalidade proporcional segundo principais causas Cap. CID 10. Espírito Santo - 2000 a 2010

Gráfico 10: Proporção de óbitos por doença cerebrovascular e doença isquêmica do coração na população com 20 anos e mais de idade. Espírito Santo, 2010

Gráfico 11: Principais causas de óbito por Neoplasia Maligna na população feminina, com 20 anos e mais de idade. Espírito Santo, 2010 (CME/100 mil hab.)

Gráfico 12: Principais causas de óbito por Neoplasia Maligna na população do sexo Masculino com 20 anos e mais de idade. ES, 2010 (CME/100 mil hab.)

Gráfico 13: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos. Espírito Santo, 2000 a 2010

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: População por município. Espírito Santo, 2010

Mapa 2: Distribuição das populações tradicionais. Espírito Santo, 2010

Mapa 3: Índice de Vulnerabilidade para ocorrência da Dengue. Espírito Santo, 2010

Mapa 4: Incidência de tuberculose por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010

Mapa 5: Coeficiente de Detecção de Hanseníase por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010

Mapa 6: Coeficiente de Detecção de Hanseníase em Menores de 15 anos por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010

Mapa 7: Incidência de AIDS por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010

Mapa 8: Incidência de Leishmaniose Tegumentar. Espírito Santo, 2010

Mapa 9: Incidência de Esquistossomose por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010

Mapa 10: Municípios de risco relacionado à qualidade do ar, segundo IIMR - Instrumento de Identificação de Municípios de Risco. Espírito Santo, 2010

Mapa 11: Número de Pobres X Incidência de Pobreza. Espírito Santo, 2010

Mapa 12: Cobertura da Estratégia de Saúde da Família, segundo os municípios. Espírito Santo - 2010

Mapa 13: Distribuição Geográfica dos Serviços de Práticas Integrativas. Espírito Santo, 2006

Mapa 14: Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR. Espírito Santo, 2011

APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde - PES consolida a política estadual para a saúde no período 2012-2015 refletindo o processo de planejamento estratégico do Governo e as prioridades reafirmadas para sociedade. As linhas orientadoras para organização do PES foram aquelas, que ao longo dos anos, consolidaram a metodologia do planejamento em saúde: o perfil epidemiológico que orientou a discussão das áreas técnicas na identificação das diretrizes e prioridades e a capacidade instalada, somada ao discurso do governador:

“Posso adiantar que a prioridade do nosso Governo, é a redução das desigualdades sociais e regionais, através de ações integradas dos diferentes setores da administração. E esse trabalho vai começar pelas áreas de maior vulnerabilidade social, já identificadas pela equipe”, afirmou Renato Casagrande, Governador do ES.

O PES 2012-2015 acompanha as diretrizes nacionais, mas garante em suas metas as entregas necessárias ao avanço do Sistema Estadual de Saúde regionalizado com integração dos serviços de saúde através da organização das redes assistenciais e ações intersetoriais que garantam equidade e consolida o movimento desenvolvido anteriormente - de incorporar a regulação e o financiamento como papéis prioritários.

José Tadeu Marino
Secretário de Estado da Saúde

INTRODUÇÃO

O Plano Estratégico do Governo do Estado do Espírito Santo para o período 2011-2014 traz como visão de futuro um Estado mais próspero e seguro, com desenvolvimento sustentável e oportunidades para todos. A meta síntese das ações governamentais para o período é *“Promover a melhoria consistente e continuada da qualidade de vida da população capixaba, com responsabilidade ambiental”*.

Quadro 1: Mapa Estratégico do Governo do Estado do Espírito Santo

Plano de Governo 2011-2014 Mapa Estratégico				
Visão de Futuro 2014	Espírito Santo: um estado próspero, sustentável e seguro, com oportunidades para todos.			
Focos Prioritários	Atendimento aos segmentos mais vulneráveis		Desenvolvimento regionalmente equilibrado	
Eixos Estratégicos	Distribuição dos Frutos do Progresso		Inserção Nacional	
	Atenção Integral à Saúde		Prevenção e Redução da Criminalidade	
	Integração Logística		Empregabilidade, Participação e Proteção Social	
	Produção do Conhecimento, Inovação e Desenvolvimento		Desenvolvimento da Infraestrutura Urbana	
	Melhoria da Gestão Pública e Valorização do Servidor		Desenvolvimento da Educação, da Cultura, do Esporte e do Lazer	
Premissas	Responsabilidade Ambiental	Governança Democrática	Gestão Transparente	Responsabilidade Fiscal

Fonte: Plano Estratégico do Governo do Estado do Espírito Santo 2011-2014

Para mudança do cenário hoje presente na vida da população capixaba, há de se vencer um conjunto de desafios através de uma política de saúde que concretize metas a curto e longo prazo. São desafios: *Fortalecer a atenção primária como ordenadora da rede de saúde, Ampliar o acesso à atenção secundária, Integrar Sistemas de Serviços de Saúde, Melhorar a qualidade e a resolutividade da assistência hospitalar e Melhorar a qualidade e a Organização da Rede de saúde mental e outras drogas.*

Para vencer estes desafios, o Governo Estadual e a Secretaria de Estado da Saúde, organizaram projetos prioritários que colocam a saúde como um elemento estruturante do desenvolvimento sustentável, capaz de incluir os segmentos de menor renda ou mesmo os excluídos. Para alinhar aos objetivos do Plano de Governo, a SESA reafirma sua missão:

“Garantir a saúde à população em todos os níveis, de modo que as pessoas vivam mais e com qualidade, por meio da gestão moderna e eficiente dos recursos públicos destinados à saúde”.

O Plano de Governo reafirmou as condições de vida na promoção da saúde e se comprometeu em investimentos que modificarão as condições básicas de moradia, saneamento, abastecimento de água, educação, cultura e comportamento, alimentação, higiene, exercícios físicos e ao mesmo tempo, enfatiza como focos prioritários os segmentos mais vulneráveis e o desenvolvimento regionalmente equilibrado.

Dessa forma, o enfrentamento dos problemas de saúde se constitui num desafio para minimizar as desigualdades de acesso às ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde SUS e faz-se necessário a intersetorialidade nas ações públicas.

Demografia

O Espírito Santo, situado na região sudeste do país, constitui-se no menor e menos populoso estado da região, com população de 3.514.952 habitantes (IBGE 2010), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Apenas 09 municípios (11,54%) apresentam população maior que 100 mil habitantes.

O estado ocupa uma área de 46.098,1 km² e apresenta densidade demográfica de 76 hab./km². Sua região central demonstra uma grande concentração da população (190 hab./km²), que, por sua vez, está altamente intensificada na região metropolitana (724 hab./km²), chegando a expressiva marca 3.328 hab./km² na capital. Com quadro diferenciado, temos ao norte um vazio demográfico (36 hab./km²), indicando a presença de grandes latifúndios na região. O sul possui uma densidade demográfica de 63 hab./km². Na média, 16,5% dos capixabas habitam em áreas rurais e 83,5% em áreas urbanas.

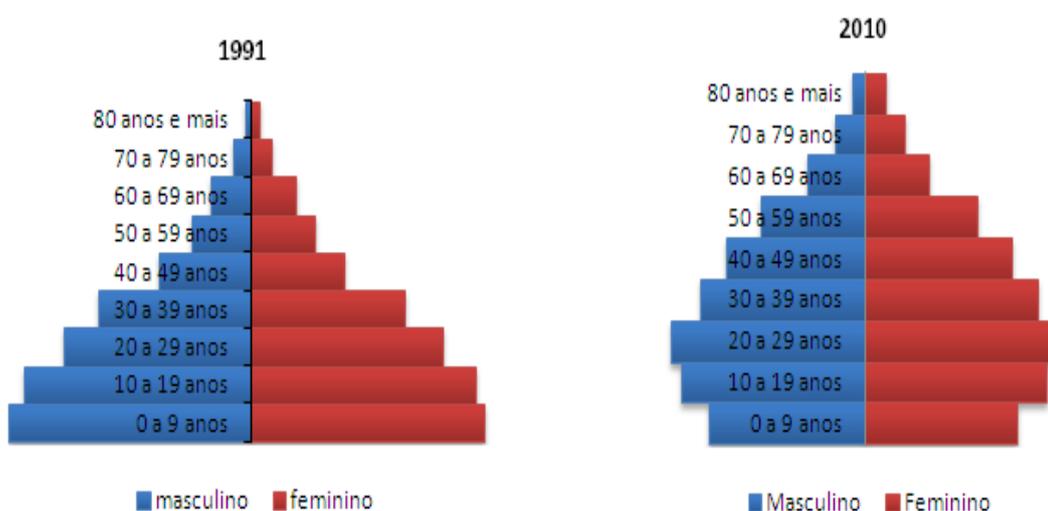
A taxa de crescimento populacional do Espírito Santo entre os censos 2001 e 2010 foi 1,14, superior a do Brasil que apresentou 1,10 no mesmo período. Dezoito municípios capixabas apresentam taxa de crescimento acima da média estadual, são eles: Fundão, Sooretama, Serra, Venda Nova do Imigrante, Jaguaré, Aracruz, Linhares, Anchieta, Viana, Piúma, São Mateus, São

Gabriel da Palha, Vila Velha, Guarapari, Santa Maria de Jetibá, Atilio Vivacqua, Marechal Floriano e Ibatiba.

A taxa de fecundidade vem reduzindo ano a ano e em 2010 no ES foi de 1,68. Taxas de fecundidade inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para reposição da população.

Já a expectativa de vida das mulheres passa de 77,4 para 79,6 entre 2000 e 2010, enquanto a dos homens passa de 68,4 para 70,2 anos de vida no mesmo período.

Gráfico 1: Estrutura etária por sexo e idade. Espírito Santo, 1991 - 2010



Fonte: IBGE

Tabela 1: Distribuição populacional por faixa etária e ano. ES: 1991 e 2010

Faixa Etária	1991		2010	
	População	%	População	%
0-14 anos	906.773	34,87	811.642	23,09
15 a 59	1.518.844	58,40	2.338.565	66,53
60 e mais	175.001	6,73	364.745	10,38

Fonte: IBGE

A tendência nos próximos anos é de envelhecimento progressivo da população, conferindo maiores valores à razão de dependência total e principalmente da população idosa, aumentando as responsabilidades sociais para com este grupo etário. Na saúde, esse quadro sugere que os gestores devem estar atentos às novas demandas que surgem no bojo desse quadro de mudança demográfica em virtude da modificação do perfil epidemiológico resultado desse processo, necessitando de readequação na oferta de serviços e nas ações de saúde, principalmente de prevenção e promoção.

O crescimento populacional desigual ou negativo torna alguns municípios cada vez mais vulneráveis aos custos sociais do envelhecimento, como estimado por Turra (2001).

A distribuição rural e urbana imprime uma forma de organização social das comunidades e a possibilidade de acesso aos bens e serviços.

A Região Metropolitana da Grande Vitória - RMGV é formada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória e ocupa uma área de 2.286,54 km², que representa cerca de 5% do território do Estado e concentra 48% do total da população do estado e 56,6% da população urbana.

A taxa de urbanização das cidades capixaba é alta, mas inferior à região sudeste.

As populações consideradas tradicionais se distribuem em algumas regiões obedecendo aos cursos migratórios da colonização ou sua descendência.

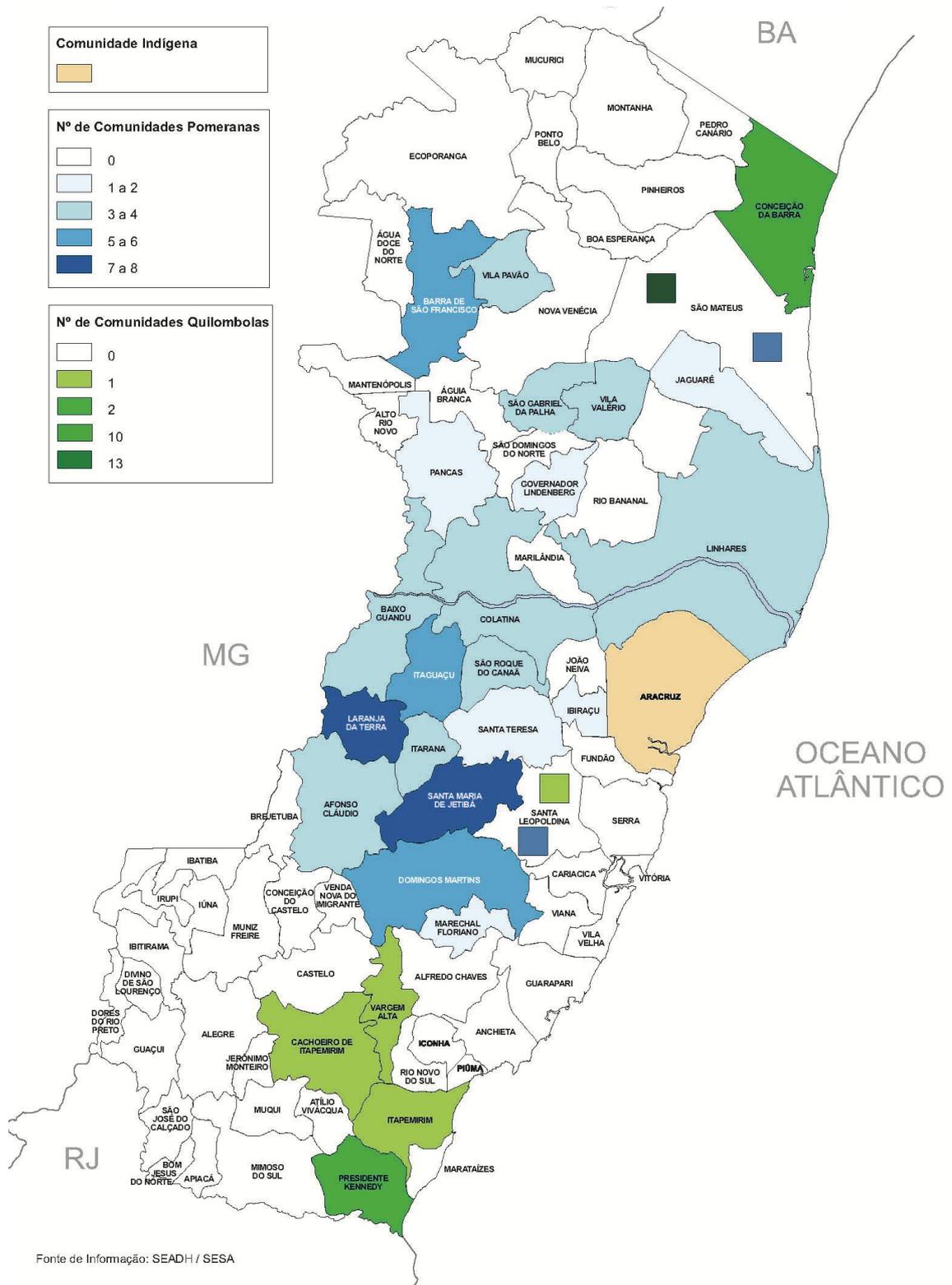
A comunidade indígena no Espírito Santo é pequena, sua concentração reconhecida está em maior número no município de Aracruz, onde são identificadas duas etnias (Guaranis e Tupiniquins), com um total de 809 famílias, formando uma população de 3.032 indígenas.

O Censo 2010 – IBGE aponta que a população do Espírito Santo é em sua maioria formada por negros e pardos atingindo mais de 60% do contingente populacional: brancos (39,3%), negros (7,2%), pardos (53,3%) e amarelos ou indígenas (0,2%).

No Estado, 29 comunidades Quilombolas são certificadas pela Fundação Palmares - as que estão em território com cobertura da ESF, para as quais recebem recursos específicos garantidos pelo Ministério da Saúde.

As Comunidades Tradicionais de herança européia estão presentes, principalmente na região de montanhas do interior do Espírito Santo, com a presença das etnias italiana, suíça, pomerana, alemã, holandesa e polonesa.

Mapa 2: Distribuição das populações tradicionais. Espírito Santo, 2010



Fonte de Informação: SEADH / SESA

CONDIÇÕES DE SAÚDE

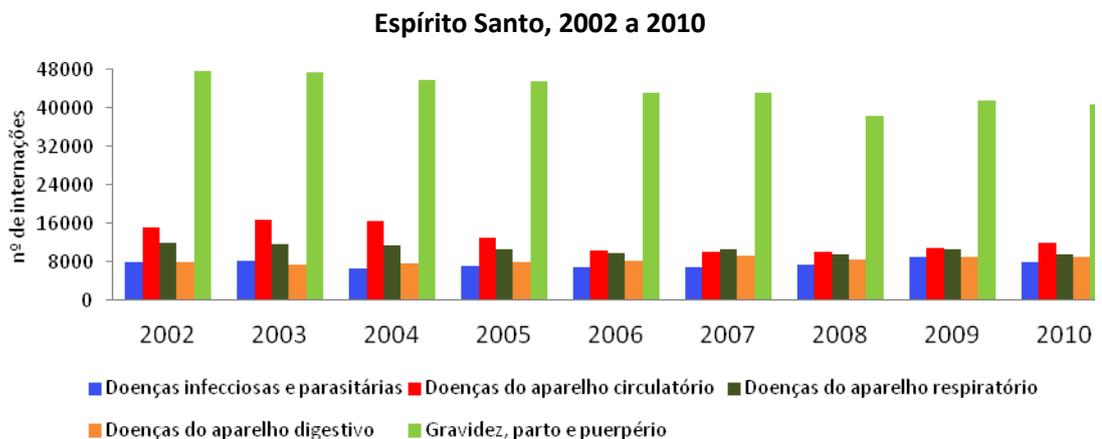
Morbidade

Morbidade Hospitalar

O conhecimento das variáveis epidemiológicas envolvidas na composição da morbidade hospitalar pode contribuir para tomada de decisões na gestão da rede assistencial frente à crescente demanda por hospitalização no âmbito do SUS/ES.

Na população feminina observa-se como primeira causa de internação no período, gravidez, parto e puerpério, comportamento esse que se deve ao ciclo de vida natural das mulheres. Em segundo lugar aparecem as doenças cardiovasculares, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, digestivo e as doenças infecciosas e parasitárias.

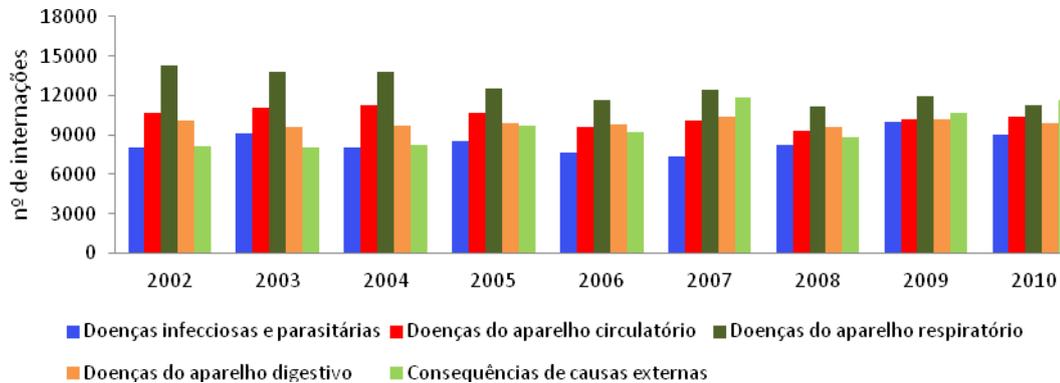
Gráfico 2: Internações segundo grupo de causas, na população feminina.



Fonte: MS/Sala de Situação em Saúde/SIH/SUS.

Entre os indivíduos do sexo masculino, a principal causa de internação até 2009 foi decorrente das doenças do aparelho respiratório, seguido das cardiovasculares, porém no ano 2010 esse comportamento se alterou, e as causas externas passaram a assumir o primeiro lugar.

Gráfico 3: Internações segundo grupo de causas, na população masculina. Espírito Santo, 2002 a 2010



Fonte: MS/Sala de Situação em Saúde/SIH/SUS.

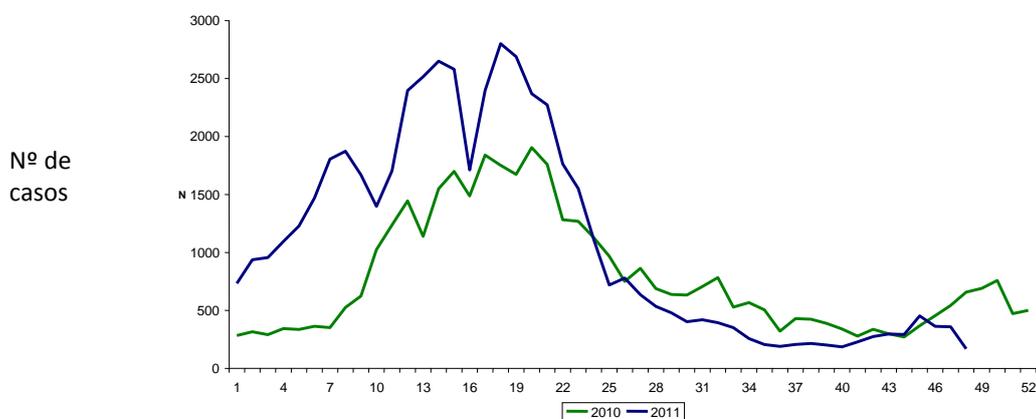
Agravos Sob Vigilância

A Dengue ocorre no estado desde 1995, com registros de sucessivas epidemias. Ocorreram no período três ondas epidêmicas: a primeira de 1995 a 1998, a segunda de 1999 a 2003, e a terceira onda, de 2004 até 2011.

O Programa Estadual de Controle da Dengue registrou em 2011, até a 48ª semana epidemiológica, 52.285 casos de dengue, o que corresponde a um aumento de 36% quando comparado ao mesmo período de 2010, quando foram registrados 38.341 casos (gráfico da próxima página). A incidência em 2011 foi de 1.499,4 casos por 100 mil habitantes, considerada alta segundo critérios do Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD.

Em 2011 ocorreu um período de transmissão intensa que se estendeu por 18 semanas, totalizando mais de 1.400 casos por semana durante todo este período. O comportamento da curva deveu-se à intensa transmissão na Região Metropolitana, principalmente em Cariacica, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória, e em alguns municípios do interior (Barra de São Francisco, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina e Pinheiros).

**Gráfico 4: Casos notificados de Dengue por semana epidemiológica.
Espírito Santo, 2010 e 2011***



Fonte: SESA/SINAN

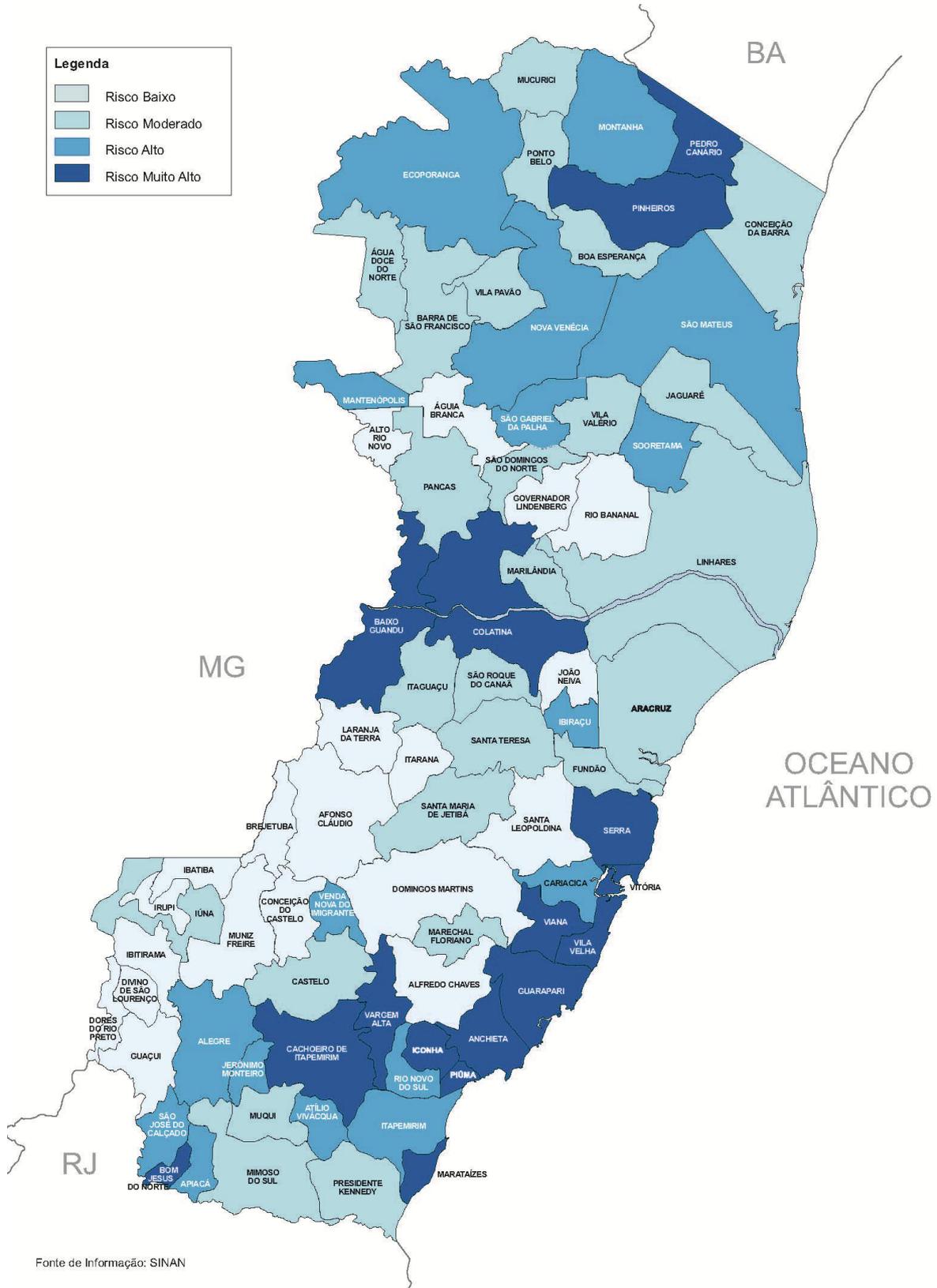
* Dados consolidados até a 48ª Semana Epidemiológica.

Segundo padronização do PNCD, o risco de ocorrência da dengue pode ser calculado através de um conjunto de indicadores, sendo eles, o Índice de Infestação Predial - IIP, o Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA), a incidência da doença e densidade populacional. Por meio desses indicadores foi possível classificar os municípios segundo o risco relacionado à ocorrência da doença.

A letalidade nos últimos dois anos foi de 2,43% e 1%, respectivamente. O mapa da próxima página apresenta a distribuição do índice de vulnerabilidade da dengue, indicador composto que considera o Levantamento de Índice Rápido de Infestação (LIRA), densidade populacional e a incidência da doença. Por meio desse índice foi possível classificar os municípios segundo o risco relacionado à ocorrência da doença.

Com vistas à redução e controle do vetor da dengue, a SESA possui as Centrais Operadoras de Ultra Baixo Volume - UBV que são unidades físicas que possuem toda infra-estrutura para prestar apoio aos trabalhadores de campo na operação de aplicação de inseticidas a ultra baixo volume. No Espírito Santo, os veículos e equipamentos são cedidos temporariamente aos municípios para controle espacial do vetor levando-se em consideração a avaliação da situação entomo-epidemiológico. Atualmente o Estado conta com 27 veículos com equipamentos de UBV acoplados e está em vias de aquisição de 15 novos veículos.

Mapa 3: Índice de Vulnerabilidade para ocorrência da Dengue. Espírito Santo, 2010

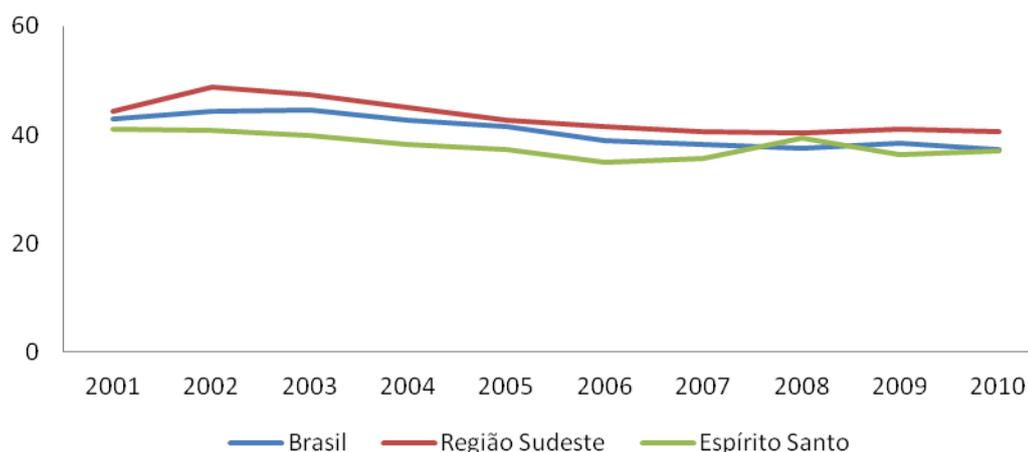


Fonte de Informação: SINAN

A **Tuberculose - TB** continua sendo um importante problema de saúde mundialmente, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle considerando aspectos humanitários, econômicos e sociais, por ser uma doença fortemente determinada pelas condições sócio-econômicas do meio ambiente. Entre os principais motivos relacionados ao ambiente que favorecem a ocorrência e a persistência da doença, são apontados o adensamento populacional nas periferias das grandes cidades e as precárias condições sanitárias existentes nessas localidades. Outro fator também importante é o longo tempo necessário para o tratamento e a sua associação com outras morbidades, como a infecção pelo HIV, e a emergência e propagação de cepas resistentes que representam desafios adicionais em escala mundial.

No estado do Espírito Santo, em 2010, foram notificados 1.303 casos novos de tuberculose, apresentando uma taxa de incidência de 37,1 por 100 mil habitantes, com distribuição heterogênea no território capixaba. Nos últimos 10 anos esse indicador vem apresentando tendência de queda, semelhante à taxa de incidência do Brasil.

Gráfico 5: Taxa de incidência de Tuberculose (por 100 mil habitantes) - Brasil, região Sudeste e Espírito Santo, 2001 - 2010



Fonte: SESA/SINAN/IBGE

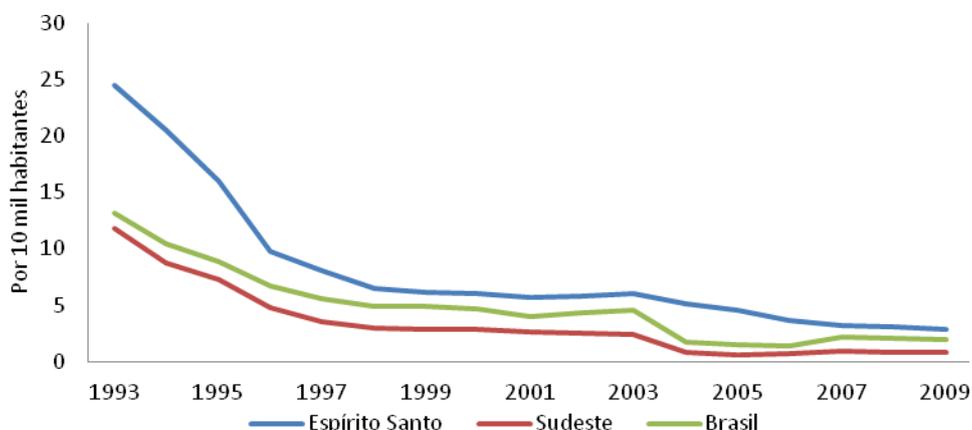
Como se pode observar no mapa da próxima página, no Espírito Santo a doença está presente principalmente na Região Norte, região caracterizada pelo baixo desenvolvimento econômico e social e na Região Metropolitana, região que apresenta grande densidade demográfica, desigualdade social, e alta concentração de pessoas vivendo nas periferias das cidades. A Região Sul é aquela que apresenta menor incidência do estado, entretanto alguns municípios na região se destacam em 2010 pelos altos índices da doença. O Estado tem 09 municípios prioritários para o controle da tuberculose: Cariacica, Vitória, Vila Velha, Serra, Cachoeiro de Itapemirim, São Mateus, Guarapari, Linhares e Colatina.

Dos casos encerrados em 2010, o estado obteve taxa de 73,8% de cura e 7,1% de abandono entre os casos novos de TB. A meta é alcançar 85% de cura e menos de 5% de abandono. Nos últimos anos pode-se observar o aumento da taxa de abandono do tratamento no estado. Dentre os principais motivos para esse quadro ressalta-se o aumento do uso de drogas principalmente o crack, bem como o grande número de transferências dos pacientes (principalmente da população carcerária), dificultando seu acompanhamento.

A Hanseníase apresentou coeficiente de detecção de 29,19 por 100 mil habitantes em 2010. Este parâmetro é considerado muito alto, segundo critérios do Ministério da Saúde.

Apesar da importante redução da prevalência da Hanseníase no Espírito Santo, o estado apresenta índices maiores que a média do Brasil e da Região Sudeste, necessitando intensificação das ações nos municípios. Ainda que o Programa Estadual de Controle da Hanseníase tenha como prioridade a identificação precoce de casos, há declínio da endemia, indicando uma efetiva mudança do perfil epidemiológico do agravo.

**Gráfico 6: Coeficiente prevalência de hanseníase (por 10 mil habitantes)
Brasil, região Sudeste e Espírito Santo, 1993 a 2009**



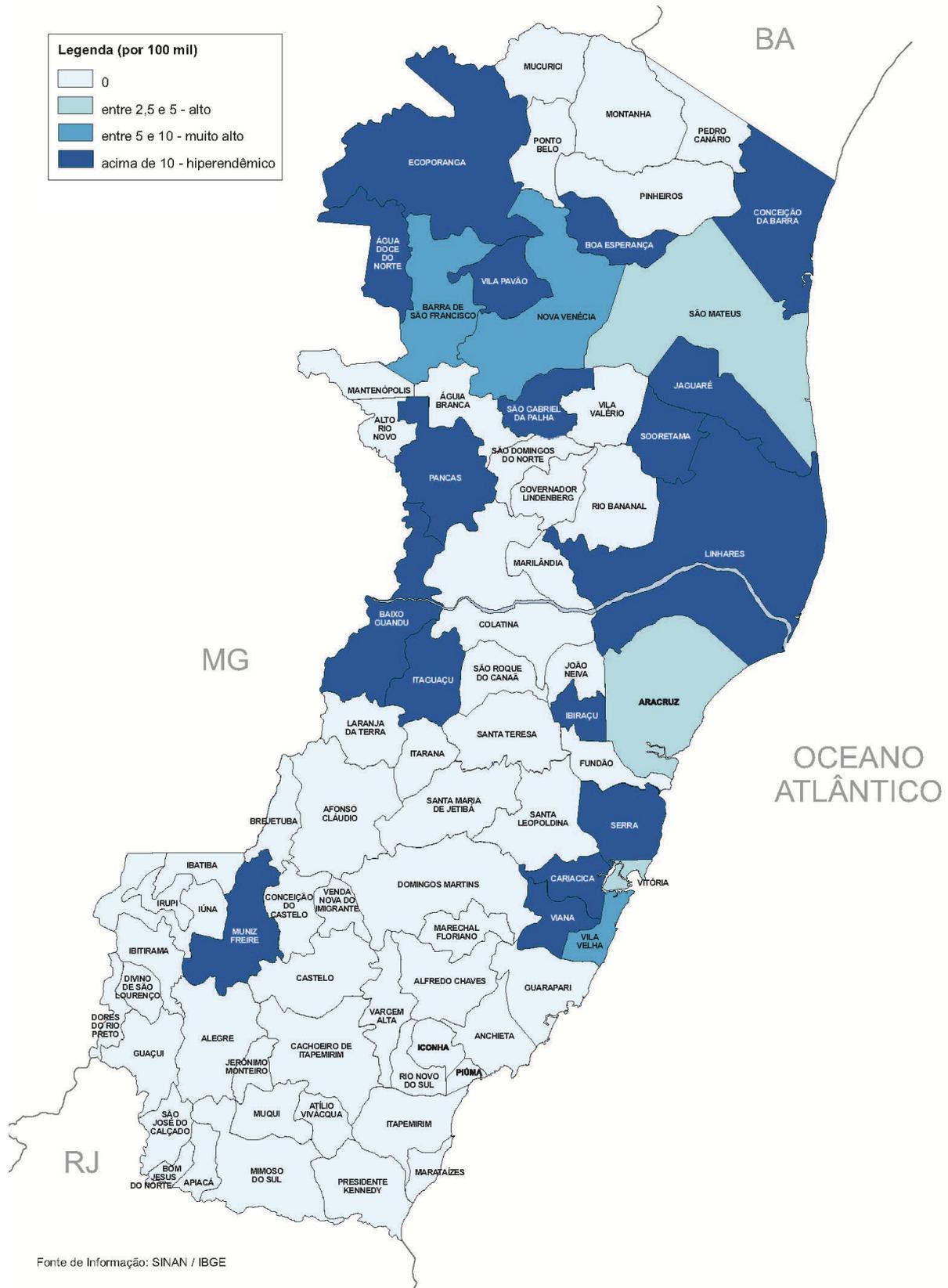
Fonte: SESA/SINAN/IBGE

Os municípios situados a Norte, Noroeste e na Grande Vitória concentram o maior número de casos. O estado apresenta 14 municípios com níveis considerados de hiperendemicidade; 25 com endemicidade muito alta; 17 com alta endemicidade; 6 com média endemicidade e 16 municípios com baixa endemicidade.

Observa-se que a detecção em menores de 15 anos, parâmetro utilizado para acompanhar o nível de endemicidade da doença, está presente exatamente nas localidades de maior concentração da doença (ver mapa da próxima página). Dos 78 municípios do estado, 23 (29,5%) apresentaram casos em <15 anos. Para o estado, o coeficiente de detecção em <15 anos foi de 10,6 por 100 mil habitantes ao final de 2010.

A meta da Organização Mundial de Saúde de eliminação da doença como problema de saúde pública é atingir uma prevalência de menos de 1 caso a cada 10 mil habitantes.

Mapa 6: Coeficiente de Detecção de Hanseníase em Menores de 15 anos por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010



A **Hantavirose** ocorre em todas as regiões brasileiras, sendo que apenas 12 estados registraram casos. Apesar de não haver ocorrência no Espírito Santo, é importante realizar inquéritos eco-epidemiológicos em roedores silvestres em municípios prioritários, identificando fatores de risco associados à doença.

A epidemia de **AIDS** no Espírito Santo é considerada estável. No ano de 2004 existiam 16,7 pessoas com AIDS para cada 100 mil habitantes. Em 2010, essa taxa permaneceu em 16,6, apresentando uma média de 500 casos novos por ano nesse período.

No período de 1985 a 2010 foram notificados 7.920 casos no estado, sendo a maioria do sexo masculino (62,2%). Há dez anos existiam nove casos da doença em homens para um na população feminina (9/1), e no ano de 2010, esta relação foi de 2/1.

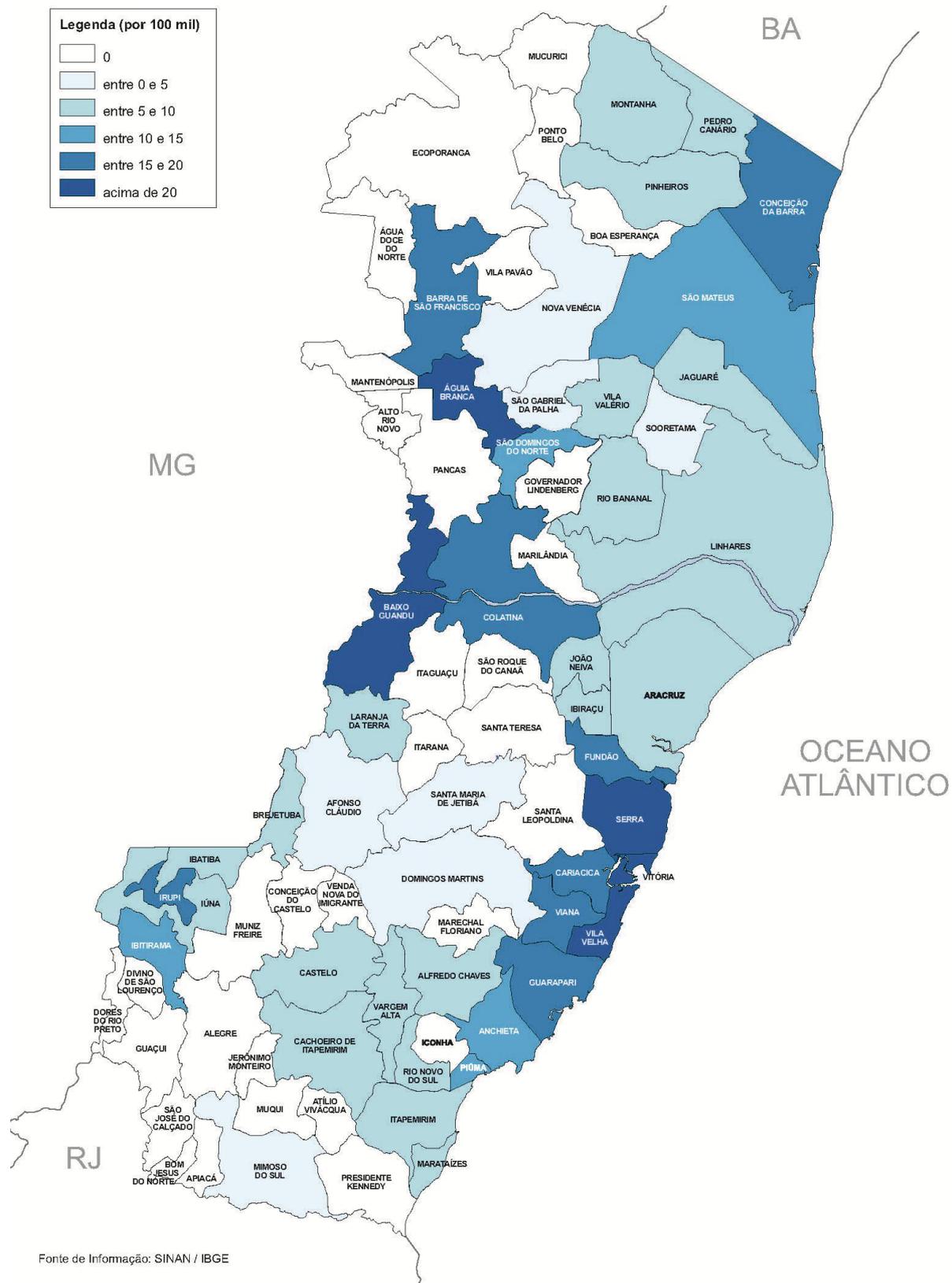
Entre os homens, em 2010, a faixa etária de 35 a 39 anos apresentou a maior taxa de incidência (51,6/ 100 mil habitantes), seguida da faixa 30 a 34 anos (46,4/ 100 mil habitantes). Entre as mulheres a faixa etária de 30 a 34 anos apresenta a maior taxa de incidência (23,6/ 100 mil habitantes), seguida da faixa etária 40 a 49 anos (20,4/ 100 mil habitantes). A maioria dos casos nos últimos anos tem sido por transmissão sexual (76,9%).

Os municípios que apresentaram as maiores taxas de incidência (superior a média do estado de 16,6) foram: Anchieta (16,7), Baixo Guandu (24,1), Cariacica (17,8), Conceição da Barra (21,1), Guarapari (17,1), Serra (24,4), Viana (18,5), Vila Velha (28,2) e Vitória (31,4), evidenciando a magnitude do problema na região metropolitana.

No que tange à transmissão vertical (de mãe para filho), de 2000 a 2010, há queda considerável nessa categoria de exposição, de 30 para 11 casos notificados, uma queda de 56,7%. Em crianças menores de cinco anos, a taxa de incidência caiu de 19,07 (por 100 mil habitantes) em 2000 (27 casos) para 3,4 em 2010 (11 casos), uma queda de 72,43%, demonstrando melhorias no manejo clínico na prevenção da transmissão vertical.

A taxa de mortalidade também vem apresentando queda. No ano de 2000 registrou-se uma taxa de mortalidade de 3,8 para cada 100 mil habitantes, enquanto no ano de 2010 esse número reduziu para 2,5. O número acumulado de óbitos declarados, até dezembro de 2010, foi de 2.097 óbitos por AIDS no Espírito Santo.

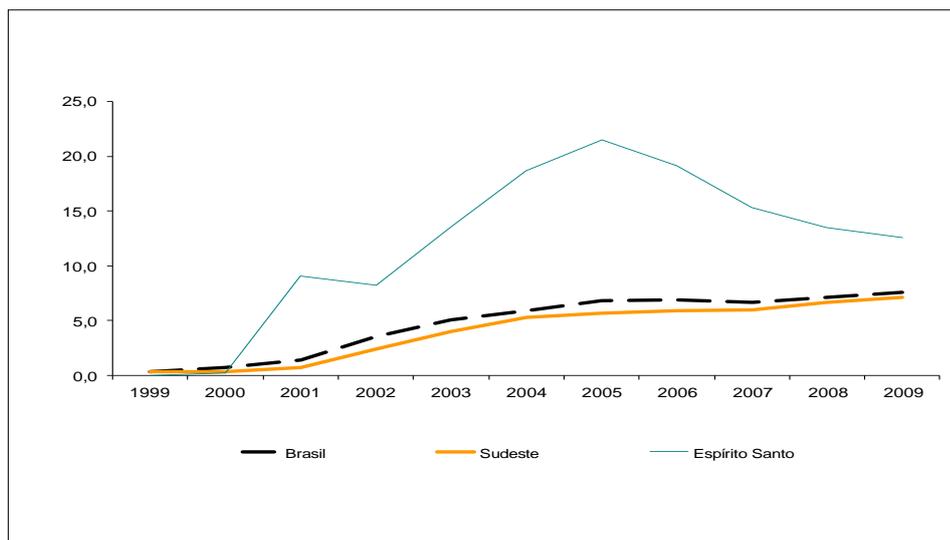
Mapa 7: Incidência de AIDS por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010



A **Hepatite A** no Espírito Santo, desde 1999 apresenta taxa de incidência mais elevada que a Região Sudeste e o país em geral, especialmente de 2005 a 2007, tendo a partir desse período uma redução acentuada chegando a uma taxa de incidência de apenas 2,4 em 2009 e 15 casos confirmados no ano de 2010.

Em relação à **Hepatite B**, o número de casos notificados no estado foi de 6.634 casos no período de 2000 a 2010, sendo confirmados por sorologia 4.867 casos (73%). A taxa de detecção apresentou elevação nos anos de 2004 a 2006, chegando a 21,5 casos por 100 mil habitantes, com posterior redução alcançando em 2010 uma taxa de 11,9 casos por 100 mil habitantes. O índice acima da média da Região Sudeste e do Brasil deve-se provavelmente à situação de endemidade do estado, classificado como de média endemidade: 2 a 7%, tendo bolsões de alta endemidade, acima de 7%.

**Gráfico 7: Taxa de detecção de hepatite B (por 100 mil hab.)
Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo, 1999 a 2009**



Fonte: SESA/SINAN.

Entre 2000 e 2010 foram notificados no SINAN, 1.752 casos de **Hepatite C** com sorologia antiHCV positiva, porém confirmados por meio de exames de Biologia Molecular apenas 573 (30,6%). A taxa de detecção da Hepatite C é baixa, sendo semelhante ou menor que a dos outros estados.

No que tange às metas de vacinação para a Hepatite B até os 14 anos o Espírito Santo tem boa cobertura. A partir de 15 anos o estado está abaixo da meta preconizada (95%), necessitando trabalho intenso para alcançar a cobertura. A partir de janeiro de 2012 a faixa etária é ampliada para até 29 anos.

**Tabela 2: Cobertura vacinal de hepatite B, segundo faixa etária
Espírito Santo, 2010**

Faixa etária	Cobertura
1-19 anos	96,20%
15-19 anos	75,90%
20-24 anos	67%
25-29 anos	79%

Fonte: SESA/SISPNI

O **Tracoma** é uma afecção infecciosa ocular crônica, causada por uma bactéria Gram negativa, e que, em decorrência de infecções repetidas, pode levar a cicatrizes na conjuntiva palpebral, que deixam como seqüelas lesões na córnea, podendo produzir cegueira. O tracoma é considerado a 2ª maior causa de cegueira evitável no mundo.

Os fatores de risco claramente associados a sua ocorrência são as baixas condições sócio-econômicas e falta de saneamento básico. As correntes migratórias têm importante papel na disseminação da doença. Em inquérito realizado em 2003, o Espírito Santo apresentou prevalência média de 4,74%.

Em 2010 a SESA em conjunto com o MS reiniciou os trabalhos com o objetivo de monitorar a situação epidemiológica do Tracoma em 20 municípios com prevalência acima de 5%. Nestes municípios foi realizada busca ativa numa amostra, envolvendo 33 escolas (correspondendo a 10% dos escolares), e apresentou taxa de 10,3% de prevalência, demonstrando a permanência da problemática no estado.

No período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011 não foram registrados casos de **Raiva Humana e Canina**. Entretanto, foi registrado um caso de raiva felina em 2011 (Colatina).

Para prevenção da raiva animal as campanhas de vacinação anuais são de extrema importância, se constituindo no principal meio de bloqueio da transmissão. Em 2010 houve a

necessidade de interrupção da campanha vacinal devido a ocorrência de eventos adversos, comprometendo assim a homogeneidade da cobertura.

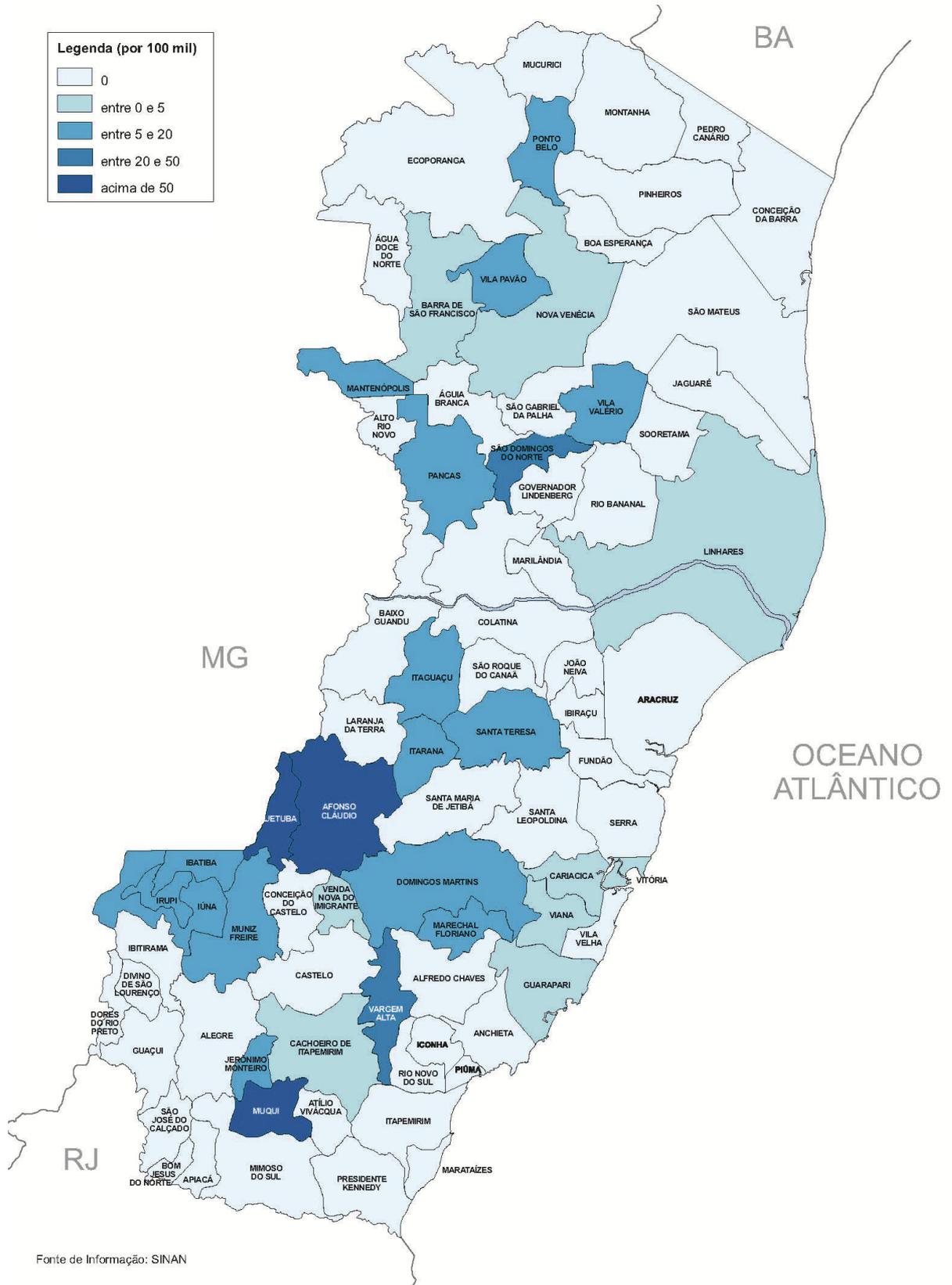
O diagnóstico de raiva animal no ES, ação essencial do Programa de Controle da Raiva Humana, é realizado no Instituto Biológico do Estado do Espírito Santo, pertencente ao Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do Espírito Santo.

A Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA é considerada pela Organização Mundial da Saúde - OMS, como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pelo seu alto coeficiente de detecção e capacidade de produzir deformidades. No Brasil, a LTA é uma das afecções dermatológicas que merece mais atenção, devido a sua magnitude, risco de ocorrência de deformidades e pelo envolvimento psicológico, com reflexos no campo social e econômico, uma vez que, na maioria dos casos, pode ser considerada uma doença ocupacional (Brasil, 2007).

Em 2010, foram notificados 138 casos em 29 municípios do estado. Isso se explica pelo fato de que em nosso estado o clima predominante é o tropical úmido, com temperaturas médias anuais de 23°C, fatores esses que proporcionam um habitat ideal para o desenvolvimento e proliferação dos vetores responsáveis pela sua transmissão. Em adição, a presença da doença pode estar relacionada ao processo migratório, ocupação de encostas e aglomerados em centros urbanos associados a matas secundárias ou residuais.

Os municípios com maior número de casos estão localizados no interior, com destaque para as Regiões do Caparaó e Serrana, locais com grande área de vegetação, população rural e baixos indicadores sociais. Há também número de casos importante na Região Norte.

Mapa 8: Incidência de Leishmaniose Tegumentar. Espírito Santo, 2010



Fonte de Informação: SINAN

No que se refere à **Leishmaniose Visceral - LV**, durante o período de 2008 a 2011 o Espírito Santo apresentou um total de 19 casos, com média de 05 casos por ano, sendo que 55% dos casos ocorreram na população feminina e 60% em crianças na faixa etária de 0 a 9 anos.

Tabela 3: Casos Autóctones de Leishmaniose Visceral confirmados por municípios. Espírito Santo, 2008 a 2011

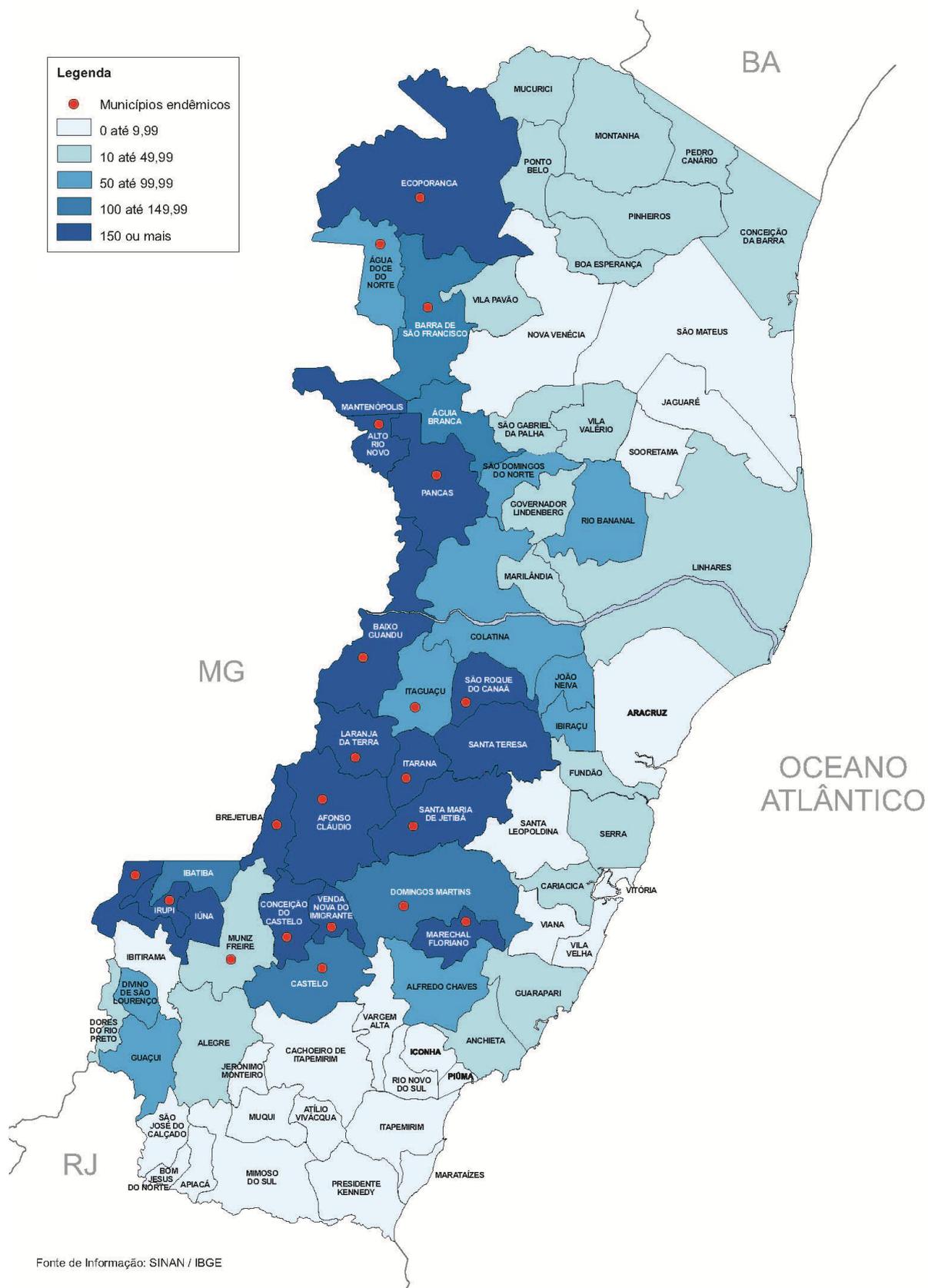
Municípios	2008	2009	2010	2011	Total
Afonso Cláudio	0	0	0	1	1
Barra de São Francisco	1	0	0	0	1
Cariacica	0	2	1	0	3
Colatina	0	0	0	1	1
Iúna	0	1	0	0	1
Pancas	1	3	2	4	10
São Mateus	0	1	0	0	1
Serra	0	0	0	1	1
Total	2	7	3	7	19

Fonte: SESA/SINAN

A **Esquistossomose** é uma doença que está altamente relacionada com a falta de saneamento básico e com a educação sanitária da população residente. O Espírito Santo é um dos estados da federação que apresenta os maiores índices da doença, abrigando 21 municípios endêmicos.

Dentre os municípios endêmicos, acompanhados pelo Programa de Controle de Esquistossomose no ano de 2010, destacam-se Alto Rio Novo, Laranja da Terra, Santa Maria de Jetibá e Marechal Floriano que apresentaram prevalência de 10,6%, 7,3%, 8,1%, 5,3% respectivamente.

Mapa 9: Incidência de Esquistossomose por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010



Além dos avanços na erradicação da **Poliomielite**, a eliminação do **Sarampo** encontra-se em processo de certificação pela OMS; e se caminha para a eliminação da **Rubéola**. No estado do Espírito Santo, além dessas doenças, não existem registros de casos de tétano neonatal, desde o ano de 2001 e diferia que teve o último caso notificado em 1997.

No estado houve aumento no número de casos de **Coqueluche em 2008**, devido a um surto da doença no sul do estado. Em 2011 houve aumento das notificações em várias cidades, sem caracterizar surto da doença, em conformidade com a situação epidemiológica no Brasil atual. A faixa etária mais atingida é a menor de 1 ano de idade, especialmente os menores de 2 meses, grupo que está desprotegido de vacina contra a doença ou com vacinação incompleta, que resulta em caso mais graves e com ocorrência de óbitos.

Em relação ao **tétano acidental** não houve registro de queda acentuada no número de casos ao longo dos anos, como ocorreu com as outras doenças imunopreveníveis, mantendo incidência de 0.17 a 0.20 por 100 mil habitantes nos últimos 10 anos. Ocorreu principalmente no sexo masculino (80%), na faixa etária de 30 a 59 anos de idade, morador de área urbana, pessoas com várias profissões e sem nenhuma dose de vacina contra o tétano (60% dos casos não apresentaram o cartão de vacinação). Quanto ao local de infecção, a maioria ocorre no domicílio, no local trabalho e durante o lazer.

O grande desafio para a vigilância epidemiológica estadual é diminuir a letalidade da doença no Estado, que está bem acima do esperado, o que reflete a qualidade do serviço de saúde.

Tabela 4: Número de casos, incidência, taxa de mortalidade e taxa de letalidade de tétano acidental. Espírito Santo, 2005 a 2011*

Ano	Nº de casos	Incidência (por 100 mil hab.)	Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.)	Taxa de letalidade
2005	9	0,26	0,11	44%
2006	7	0,2	0,02	14%
2007	8	0,23	0,05	25%
2008	1	0,02	0,02	100%
2009	7	0,2	0,05	28%
2010	6	0,17	0,08	50%
2011	7	0,2	0,05	28%

Fonte: SESA/Imunopreveníveis

* 2011: Dados preliminares até semana epidemiológica 47

Em 2011 foram notificados 312 casos suspeitos de **Meningites** sendo 240 casos confirmados (76,9%). No ano de 2010, foram 363 casos notificados e 252 confirmados (69,4%).

Foram confirmados por diagnóstico laboratorial específico 60% das meningites bacterianas, que permite a identificação do agente etiológico, índice superior ao ano de 2010, quando este percentual ficou em 50 %. Para 2012 a 2015, pretende-se ampliar a confirmação por diagnóstico laboratorial para 70 % dos casos. O sorogrupo de maior circulação dentre a meningite por meningococo foi o sorogrupo C, correspondendo a mais de 80% dos casos.

O estado conta com uma unidade sentinela para **Síndrome Gripal**, que realiza a vigilância clínica e laboratorial de vírus respiratório. A vigilância clínica monitora os atendimentos por semana epidemiológica e a vigilância laboratorial tem o objetivo de coletar cinco amostras de secreção de nasofaringe por semana.

No ano de 2011 foram coletadas 83 amostras (31 % do preconizado para todo o ano) e 2 amostras foram positivas para influenza A e 1 para influenza B. A média de atendimento semanal é de 500 pacientes e destes, entre 5 e 10 % é síndrome gripal.

Para o triênio de 2012 - 2015 serão implantadas duas novas unidades sentinelas no estado, nos municípios de Serra e Vila Velha, uma vez que estes municípios estão sensíveis a esta necessidade de monitoramento do vírus. Será ainda implantada a vigilância da SRAG através de uma UTI sentinela.

De acordo com os dados registrados no SINAN on line de Influenza de **Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG**, em 2011 o estado do Espírito Santo notificou 15 casos, sendo 1 caso confirmado para influenza pandêmica H1N1 2009.

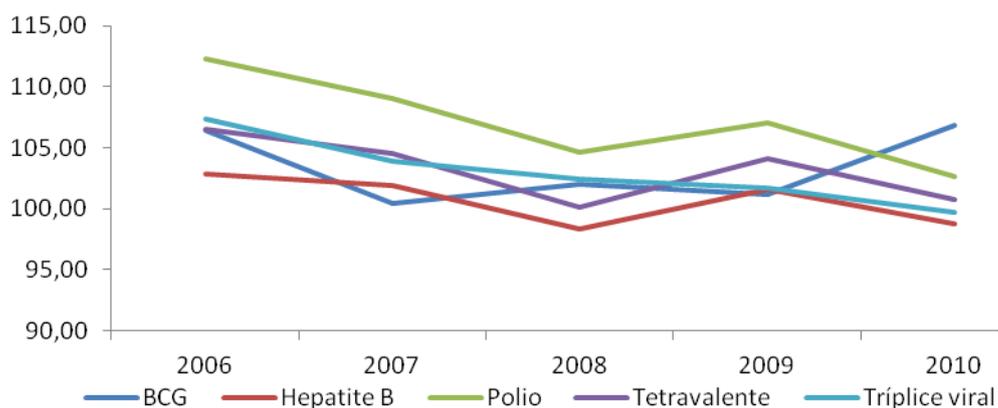
As **coberturas vacinais de rotina em menores de 1 ano** no Espírito Santo (BCG, hepatite B, poliomielite oral e tetravalente - difteria, tétano, coqueluche e haemophilus influenzae tipo b -

e tríplice viral - sarampo, caxumba e rubéola) atingem as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde (90% para o BCG e 95% para as demais vacinas).

No entanto, as coberturas não são homogêneas, alguns municípios apresentam problemas de estimativa populacional, que levam a baixas ou elevadas coberturas (acima de 120%). A pior homogeneidade é com a vacina BCG, pois a maioria das crianças são vacinadas nas maternidades e os municípios que não tem essa estrutura apresentam coberturas baixas.

Existe ainda o problema de migração da população intermunicipal e interestadual. Atualmente o sistema de informação – SI-API, não contempla registros por procedência.

Gráfico 8: Cobertura vacinal (%) em menores de 1 ano por tipo de imunobiológico. Espírito Santo, 2010



Fonte: SESA/SI-API

Os dados referentes aos **agravos relacionados ao trabalho** referem-se a uma parcela minoritária da população trabalhadora, tendo em vista que os anuários estatísticos de acidentes de trabalho no Brasil são baseados em Comunicações de Acidentes de Trabalho - CAT de trabalhadores celetistas, com vínculo de emprego formal junto a Previdência Social. Para uma política mais incluyente é preciso diminuir a subnotificação e dar maior visibilidade ao Sistema de Informação de Agravo de Notificação - SINAN, que visa a notificação dos acidentes e agravos relacionados à saúde dos trabalhadores de todas as pessoas que trabalham, independente do vínculo.

No período de 2008 a 2010 no Espírito Santo foram registrados na Previdência Social 46.143 acidentes de trabalho de trabalhadores celetistas (incluindo acidentes típicos, de trajeto e doenças ocupacionais), sendo 17.427 em 2008, 15.121 em 2009 e 13.595 em 2010 (DATAPREV/CAT). No mesmo período foram registrados, no SINAN estadual, 5.115 acidentes e agravos relacionados ao trabalho. Os casos mais frequentemente registrados nos últimos anos no SINAN foram as intoxicações exógenas, os acidentes com material biológico e as Lesões por Esforços de Repetição/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER/DORT .

Foi estabelecida a ampliação da rede de unidades sentinelas para notificação e investigação desses agravos. No ano de 2011 foram identificadas 107 unidades (distribuídas em 51 municípios) notificando no SINAN os agravos relacionados à Saúde do Trabalhador. As notificações registradas até outubro de 2011 apresentam aumento superior a 100% em relação ao pactuado no ano anterior (30%).

Morbidades Não Transmissíveis

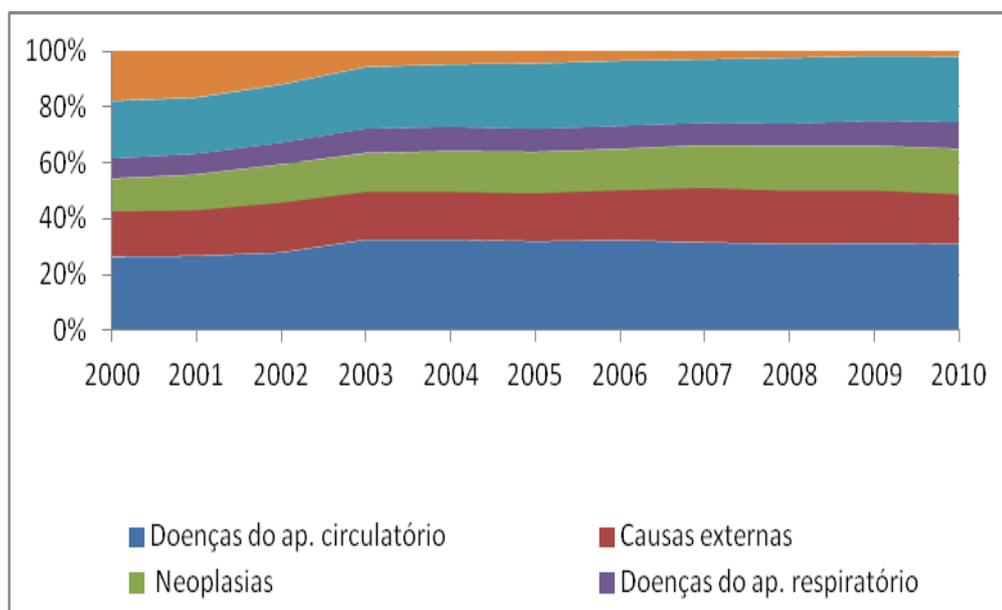
As doenças crônicas não transmissíveis são as principais responsáveis pelas mortes prematuras e perda de qualidade de vida da população. O plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis para o período de 2011 a 2022 é baseado na compreensão sobre determinantes sociais e os fatores de risco que podem estar interferindo de forma singular na saúde. No caso específico temos fatores de risco que são transversais e que também produzem resultados diferentes, mas em igual medida podem ser controlados e evitados. O maior desafio talvez se encontre no plano psicossocial, ou seja, onde entra o comportamento e as crenças das pessoas, tanto nos serviços de saúde quanto entre os usuários do SUS.

MORTALIDADE

No Espírito Santo ocorrem anualmente cerca de 20.000 óbitos com um coeficiente de mortalidade geral entre 5,6 e 6,0 óbitos a cada mil habitantes no período compreendido entre os anos de 2000 e 2010. A Região Metropolitana, que concentra mais de 40 % da população total do estado, representou 46,6% dos óbitos ocorridos no ano de 2010.

A mortalidade proporcional segundo a causa do óbito (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. Estes quatro capítulos da CID10 concentram 76% do total de óbitos. O gráfico abaixo ilustra as principais causas de óbito registradas no período de 2000 a 2010 na população do Estado.

Gráfico 9: Mortalidade proporcional segundo principais causas Cap. CID 10. Espírito Santo - 2000 a 2010



Fonte: SESA/SIM

Do total de óbitos registrados em 2010, 60% foram do sexo masculino e 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). MS 2010.

A tabela abaixo apresenta as principais causas de óbito segundo faixa etária, apontando as causas externas em primeira posição desde 01 até os 50 anos de idade.

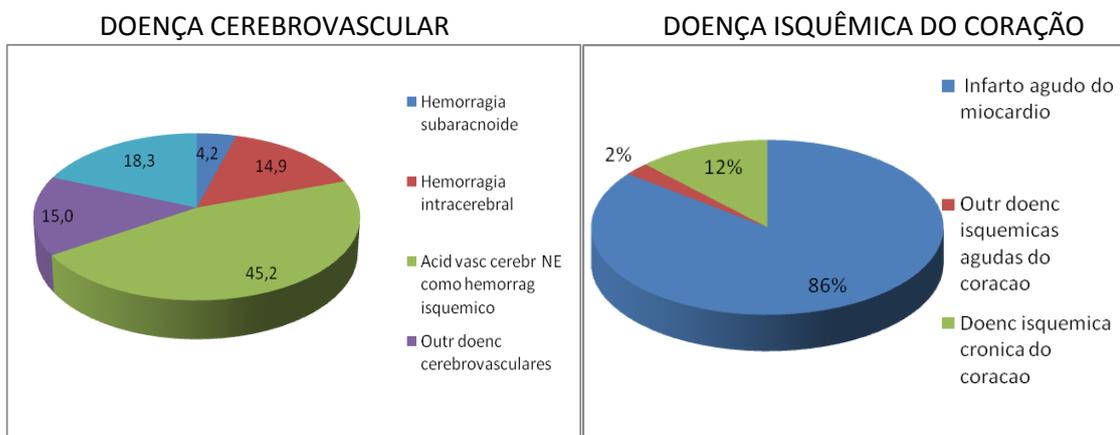
Tabela 5: Mortalidade proporcional segundo principais causas da CID-10 por faixa etária. Espírito Santo, 2010

FAIXA ETÁRIA	1ª POSIÇÃO	2ª POSIÇÃO	3ª POSIÇÃO	4ª POSIÇÃO
< 1 ano	Afec Perinatal (57,1)	M.F. e anom cong (26,0)	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: SESA/ Sistema de Informação de Mortalidade – SIM

As **Doenças do Aparelho Circulatório** representam a primeira causa de óbito para ambos os sexos, ganhando forte significado a partir dos 50 anos de idade. 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%.

Gráfico 10: Proporção de óbitos por doença cerebrovascular e doença isquêmica do coração na população com 20 anos e mais de idade. Espírito Santo, 2010



Fonte: SIM/SESA

O coeficiente de mortalidade por doença cerebrovascular apresenta-se maior entre as mulheres a partir dos 80 anos enquanto no sexo masculino prevalecem as doenças isquêmicas do coração, sendo mais incidente entre os homens na faixa etária de 70 a 79 anos.

A mortalidade por Causas Externas (homicídios, suicídios e acidentes) ocupam desde a década de 80 a segunda causa de óbito no Brasil e no Espírito Santo. A violência configura-se como um dos maiores problemas da modernidade e de difícil abordagem devido sua determinação múltipla, exigindo ações intersetoriais para seu enfrentamento.

No conjunto das causas externas verifica-se o predomínio dos óbitos por homicídio entre os indivíduos jovens do sexo masculino caracterizando uma mortalidade precoce, parâmetro importante na medida das condições de saúde de uma população, representando um instrumento útil para o planejamento e para a definição de prioridades na área da saúde.

Dentre as causas externas, as agressões (que incluem os homicídios) em 2010 aparecem como a primeira causa, sendo responsável por 44,8% desse grupo de causa, seguidas pelos acidentes de trânsito (28,49%). No sexo feminino predominam os acidentes de transporte e entre os maiores de 60 anos o maior peso é dado pelos óbitos em decorrência de quedas.

Tabela 6: Frequência absoluta (Nº) e relativa (%) e taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) segundo sexo e faixa etária. Espírito Santo, 2010

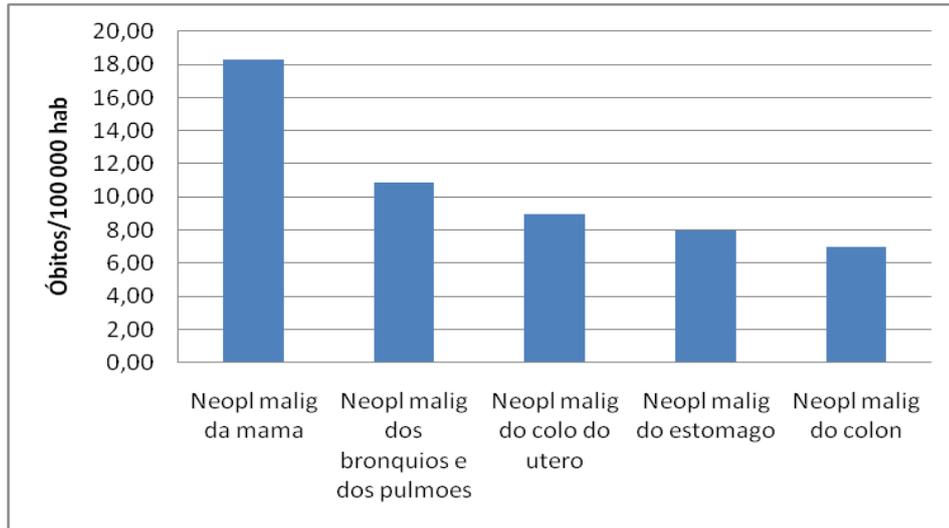
Faixa Etária	Masculino			Feminino		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
0 a 9 anos	54	1,7	20,84	26	4,2	10,39
10 a 19 anos	452	14,1	148,22	56	9,0	18,74
20 a 39 anos	1.577	49,3	263,79	209	33,7	34,46
40 a 49 anos	447	14,0	193,68	80	12,9	33,04
50 a 59 anos	312	9,8	179,33	56	9,0	30,13
60 anos e mais	357	11,2	216,99	193	31,1	96,39
Total	3.199	100,0	184,78	620	100,0	34,76

Fonte: SIM/IBGE

As mortes por **neoplasias malignas** alternam com as causas externas entre a segunda e a terceira causa de óbito na população do Espírito Santo. Na população maior de 20 anos representou uma incidência de 163,3 óbitos para cada 100 mil habitantes do sexo masculino e 126,5 no sexo feminino.

O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (INCA). Em 2010, no ES 15,3% das mortes por neoplasias em mulheres maiores de 20 anos foram por câncer de mama, acompanhado por pulmões e brônquios e câncer de colo de útero.

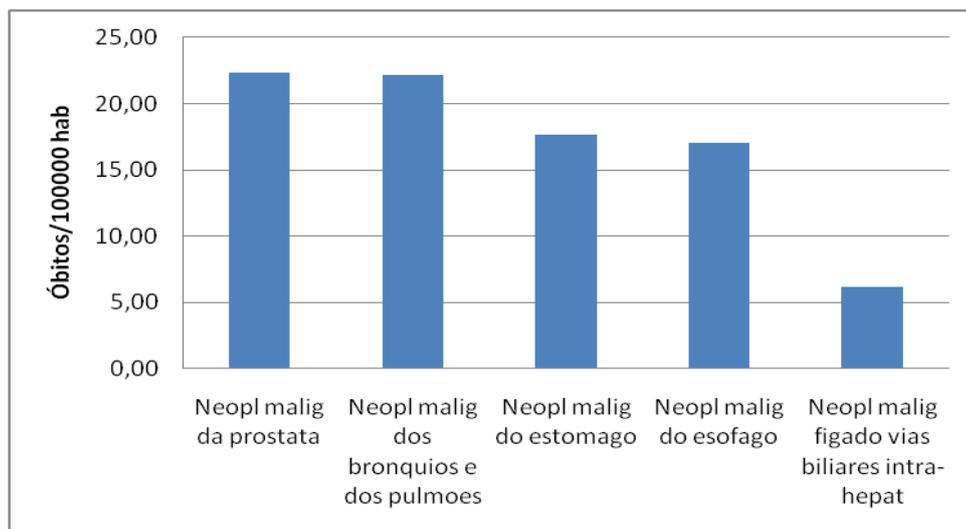
Gráfico 11: Principais causas de óbito por Neoplasia Maligna na população feminina, com 20 anos e mais de idade. Espírito Santo, 2010 (CME/100 mil hab.)



Fonte: SESA/SIM/IBGE

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. No ES passou de 20,3 para 22,4 por 100 mil hab. entre os anos de 2006 e 2010. Assim como no sexo feminino, o segundo câncer mais frequente entre os homens em 2010 no ES foi de pulmão e brônquios, porém com o dobro da incidência verificada entre as mulheres.

Gráfico 12: Principais causas de óbito por Neoplasia Maligna na população do sexo Masculino com 20 anos e mais de idade. ES, 2010 (CME/100 mil hab.)



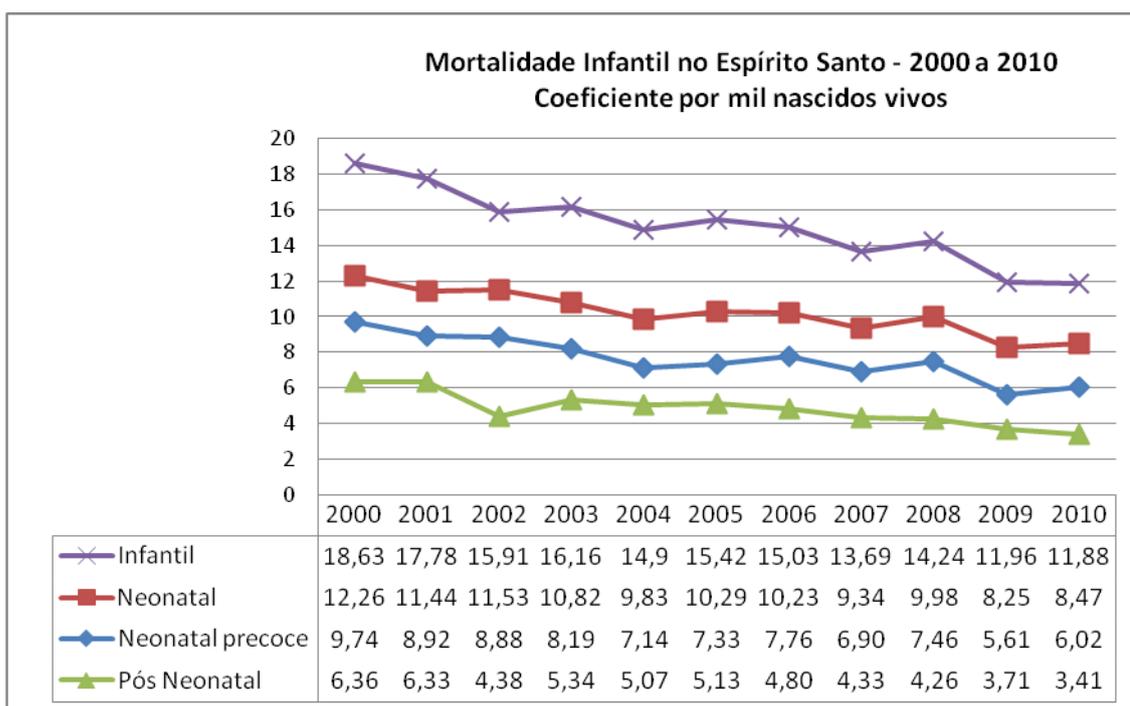
Fonte: SESA/SIM

Mortalidade Infantil e Materna

A mortalidade infantil ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde. É analisada segundo três subcomponentes de acordo com o período de ocorrência do óbito: neonatal precoce – até 7 dias, neonatal tardia ate 28 dias e pós neonatal – de 28 dias até 1 ano de vida.

No Espírito Santo, a mortalidade infantil apresenta tendência decrescente, com redução de 36% no período de 2000 a 2010, variando entre 18,63 em 2000 e 11,88 em 2010.

Gráfico 13: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos. Espírito Santo, 2000 a 2010



Fonte: SESA/SIM/SINASC

Do total de óbitos infantis fetais e de crianças menores de 01 ano, 63,54% foram investigados nas regiões de saúde respectivamente: Centro 36%, Sul 63% e Metropolitana 68,34%.

A concentração das mortes infantis na primeira semana de vida demonstra a estreita relação da mortalidade neonatal precoce com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido - RN durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e na unidade neonatal e a importância de se considerar as ações dirigidas à melhoria desta assistência.

As afecções originadas no período perinatal representam a principal causa de óbito neonatal e infantil no estado, respondendo por 72% das mortes no período neonatal e 57% no período pós neonatal, seguido das malformações congênicas e anomalias cromossômicas que representaram 25% dos óbitos no ano de 2010.

Tabela 7: Distribuição dos óbitos de menores de um ano, segundo a causa (Cap CID 10). Espírito Santo, 2010

Causas Capítulos	0 a 27 dias		28 dias a 1 ano		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Algumas afecções originadas no período perinatal	318	72,4	35	19,8	353	57,31
Malformações congênicas e anomalias cromossômicas	110	25,1	49	27,7	159	25,81
Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	4	0,9	20	11,3	24	3,9
Doenças do aparelho respiratório	1	0,2	20	11,3	21	3,41
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0,2	15	8,5	16	2,6
Mal Definidas	3	0,7	11	6,2	14	2,27
Demais Capítulos	2	0,5	27	15,3	29	4,71
TOTAL	439	100	177	100	616	100

Fonte: SESA/SIM

A análise dos óbitos evitáveis em menores de um ano segundo a classificação da Fundação SEADE apresenta-se superior a 90% desde o ano 2000. Dentre as mortes evitáveis sobressaem aquelas decorrentes de adequado controle na gravidez e apesar das altas coberturas de pré-natal, que no ano de 2010 atingiu 65% das gestantes do estado com sete ou mais consultas, e 91% com mais de quatro consultas durante a gestação, não garantiu qualidade.

A mortalidade materna é um indicador importante para avaliação da realidade socioeconômica e da qualidade de vida da população, indicando a necessidade de realizar ações de saúde coletivas e socializadas. Tem como causas principais as obstétricas diretas, dentre elas as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto (BRASIL, 2002).

Os óbitos de mulheres em idade fértil, infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância e da assistência), visando identificar fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis.

A investigação dos óbitos maternos contribui para a identificação do número real de óbitos maternos, à medida que permite a identificação daqueles não informados corretamente. A meta estabelecida é investigar no mínimo 50% dos óbitos de mulheres em idade fértil e maternos.

**Tabela 8: Número absoluto de óbitos e Coeficiente de Mortalidade Materna.
Espírito Santo, 2007 a 2011**

Ano do óbito	Óbitos Maternos	Nascidos vivos no ano	Coef. Mort. Materna*
2007	16	51.046	31,34
2008	25	51.909	48,16
2009	40	51.518	77,25
2010	31	51.879	59,49
2011	32	53.079	60,36

Fonte: SESA / SIM

*Mortalidade por 100 mil nascidos vivos.

DETERMINANTES E CONDICIONANTES

Aspectos Sanitários

No estado, 67,5% dos domicílios possui rede geral de esgoto ou estão ligados à rede pluvial. O abastecimento de água cobre 83,8% dos domicílios sendo o Espírito Santo o oitavo estado com a maior rede de distribuição entre as Unidades da Federação.

Para monitorar a qualidade da água para consumo humano a SESA possui o VIGIÁGUA (Vigilância da qualidade da água para consumo humano), que atualmente está implantado em todos os municípios. As ações contínuas de vigilância nos municípios permitem a identificação de fatores de riscos à saúde associados à água. O consumo de água seguro é de fundamental importância para a qualidade de vida e de proteção contra as doenças, sobretudo aquelas relacionadas a fatores ambientais.

É preocupante o consumo de agrotóxico no estado que em 2009 ultrapassou 5 mil toneladas de princípios ativos (59% herbicidas) em 726.017 hectares de área plantada. Foram notificados no SINAN (Sistema Nacional de Notificação) 221 casos de intoxicação por agrotóxico no ano de 2010, correspondendo a 8% dos casos notificados da região Sudeste.

A qualidade do ar também é um dos fatores que contribuem para a saúde das pessoas, visto que a exposição humana a poluentes atmosféricos, em curto ou longo prazo, pode provocar impactos à saúde como o surgimento de agravos respiratórios, oculares e cardiovasculares ou o agravamento de doenças preexistentes, especialmente em crianças e idosos. Nessa perspectiva a SESA desenvolve a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos – VIGIAR – que busca a identificação das populações expostas e promove a gestão adequada e organização dos serviços de vigilância e atenção à saúde.

Em 2011 foi aplicado em 83% dos municípios o Instrumento de Identificação de Municípios de Risco - IIMR. Além da poluição atmosférica nos centros urbanos resultante de atividades industriais e da frota veicular, a queima de biomassa oriunda principalmente da presença de número expressivo de unidades de secagem, torrefação e moagem do café contribui como

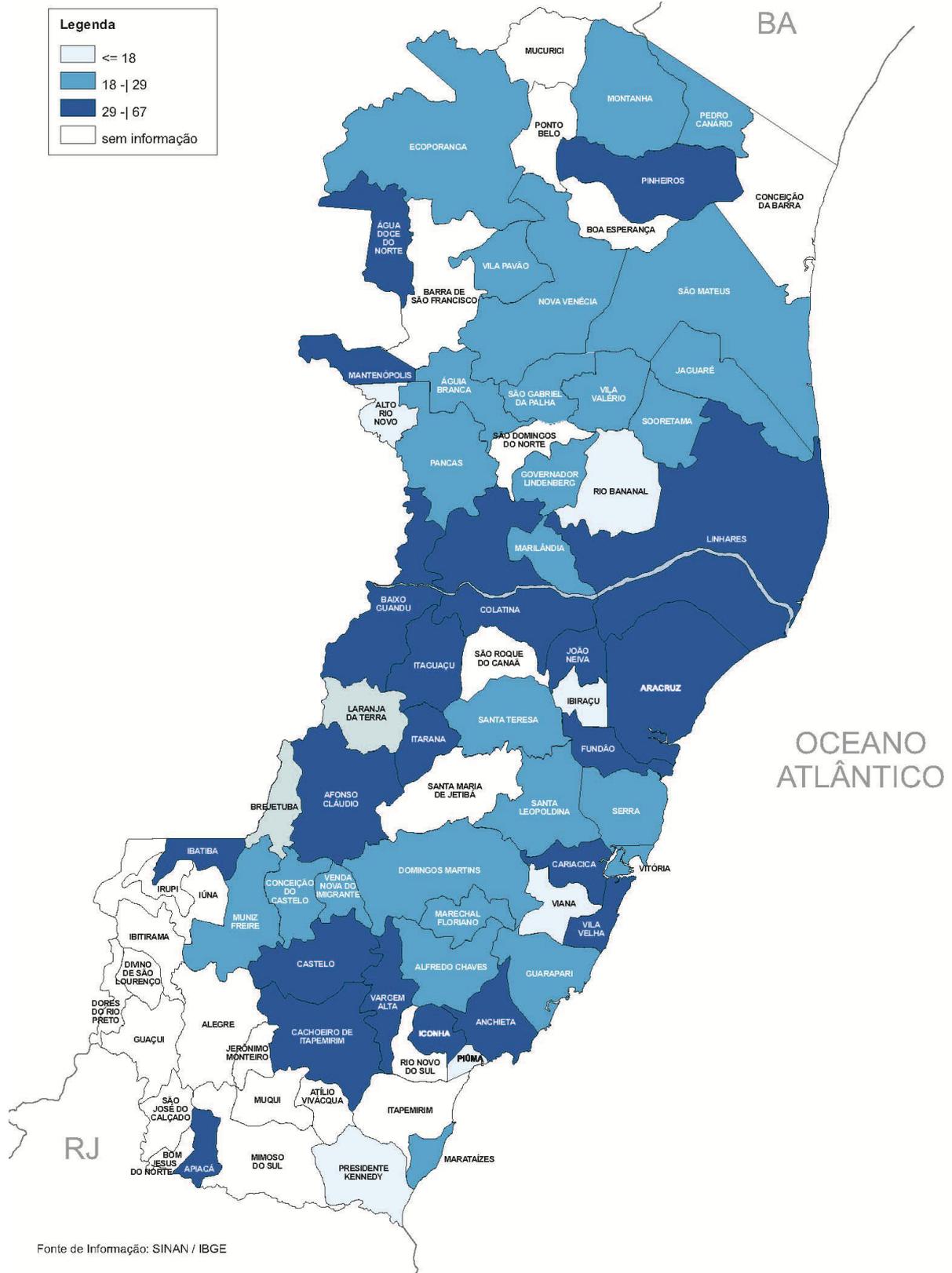
fontes de produção de gases tóxicos, material particulado e gases do efeito estufa no planeta. A queima de biomassa favorece intensa produção de poluentes atmosféricos, entre os quais o material particulado com diâmetros igual ou menor a 2,5 µm (PM 2,5) que é considerado um dos indicadores de monitoramento e apresenta-se como fator de risco para doenças respiratórias, aumentando a procura por atendimentos médicos.

Estudos demonstram que embora dentro dos padrões de qualidade do ar estabelecidos pela legislação ambiental vigente, os níveis atuais de concentração de poluentes na atmosfera na Região da Grande Vitória exercem impactos significativos sobre a saúde da sua população.

O SISOLO, Sistema de informações da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas por Contaminantes Químicos, tem registrado até 2011 um total de 137 áreas com cerca de 454.016 pessoas potencialmente expostas. Destacam-se aquelas classificadas como áreas de disposição de resíduos urbanos, seguidas das unidades de postos de abastecimento e serviços, áreas industriais, desativadas e depósitos de agrotóxicos.

A elaboração de planos de preparação e resposta às emergências de saúde pública apresenta-se como uma necessidade para subsidiar a atuação do setor saúde em situações de desastres. No período de 2003 a 2010, a Secretaria Nacional de Defesa Civil - SEDEC reconheceu 251 decretos de situação de emergência -SE e/ou estado de calamidade pública - ECP devido à ocorrência de desastres. Desses decretos, 43,43% foram pelas inundações e 25,10% por seca/estiagem, distribuídos ao longo do ano.

Mapa 10: Municípios de risco relacionado à qualidade do ar, segundo IIMR – Instrumento de Identificação de Municípios de Risco. Espírito Santo, 2010



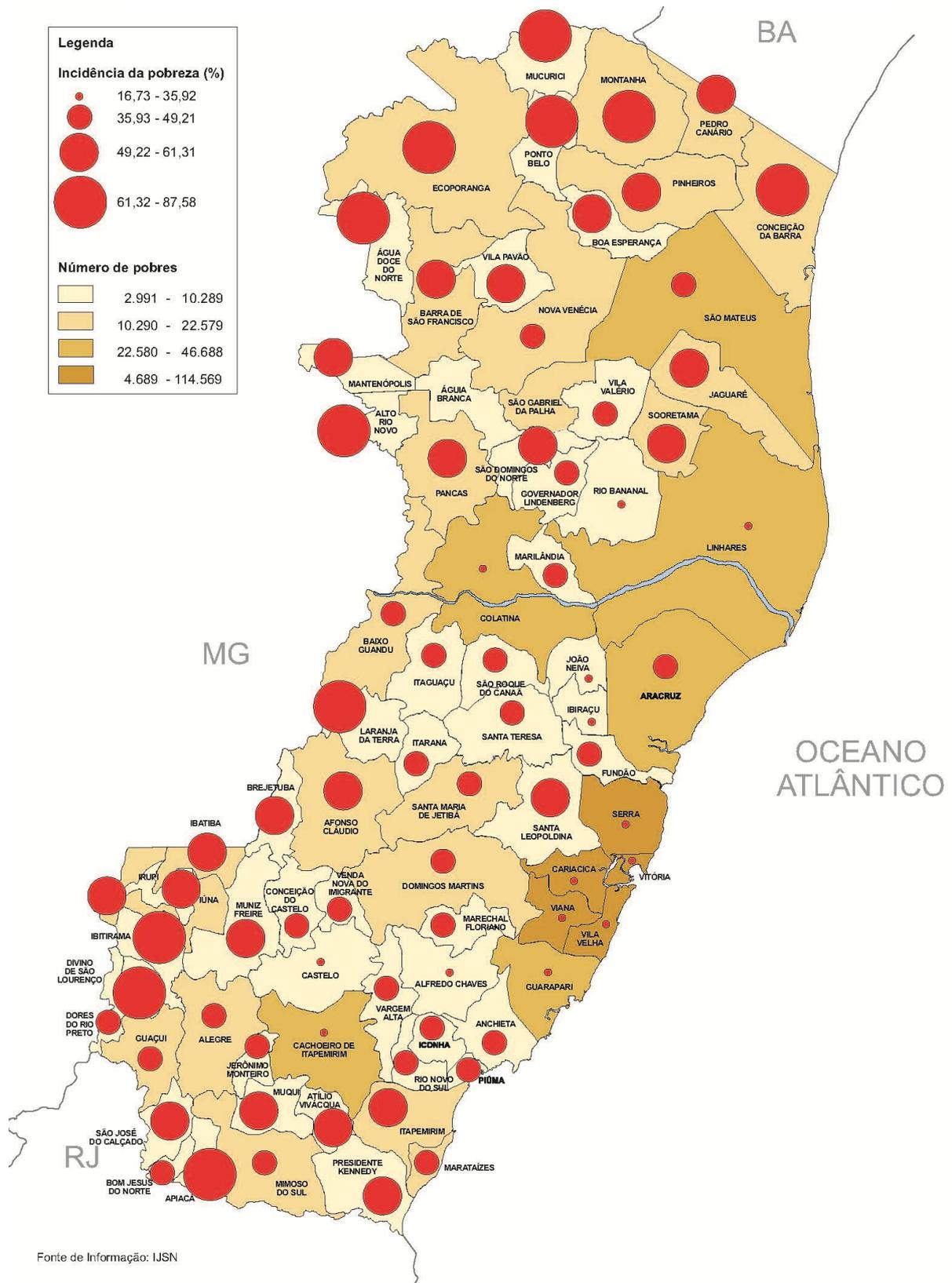
Fonte de Informação: SINAN / IBGE

Desenvolvimento Socioeconômico

As questões como pobreza, distribuição de renda, trabalho, o acesso à educação e à alimentação compõem o rol de determinantes sociais da saúde, sobretudo quando se pretende a constituição de um sistema erguido com o compromisso de superação das iniquidades.

Segundo os estudos publicados pelo Instituto Jones dos Santos Neves - IJSN, no Espírito Santo ocorreu importante redução da taxa de pobreza, de 32,8% em 2001 para 15,0% em 2009, queda de 54,2% no período superior a acontecida para o Brasil que foi de 38,2%. Em estudos mais recentes que tratam da pobreza no Espírito Santo, dizem respeito às famílias inscritas no Cadastro Único – CADÚNICO, instrumento que subsidia os programas sociais federais.

Mapa 11: Número de Pobres X Incidência de Pobreza. Espírito Santo, 2010



Fonte de Informação: IJSN

Emprego, Renda e Escolaridade

De acordo com dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – CAGED do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, o mercado de trabalho formal no Espírito Santo registrou criação de mais 28.105 postos de trabalho no primeiro semestre 2011, apresentando o melhor resultado em sua série histórica. Este é um aspecto importante para a qualidade e vida das populações e sem dúvida um dos condicionantes da saúde de mulheres e crianças.

Segundo estudos elaborados pelo Instituto Jones dos Santos Neves - IJSN, utilizando dados da PNAD referentes ao período de 2001 a 2009, o mercado de trabalho do Espírito Santo apresentou crescimento significativo com aumento da População Economicamente Ativa – PEA (Pessoas de 15 anos ou mais de idade, ocupadas ou que procuram emprego) entre 2000 a 2009 foi de aproximadamente 19%.

A escolaridade média dos adultos (25 anos ou mais) no Espírito Santo, em 2009, subiu para 7,2 anos de estudo, valor equivalente a média brasileira, porém inferior a média de 7,8 anos de estudo da região Sudeste. A evolução da média de escolaridade mostra que o estado do Espírito Santo aumentou de 6,0 anos de estudo em 2001 para 7,2 anos de estudo em 2009.

A taxa de analfabetismo caiu de 11,5% em 2001 para 8,5% em 2009. Já o analfabetismo funcional caiu de 24,8% para 20%. É nos pequenos municípios que concentram as maiores taxas de analfabetismo e analfabetismo funcional. Segundo o Censo IBGE de 2010, a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade foi de 8,1%.

Sobre as condições sociais da população capixaba, chama atenção a questão da violência. Neste sentido, coloca-se em evidência a ocorrência dos homicídios, sobretudo na população jovem. De acordo com dados do Programa Estado Presente, no ano de 2010, mais de 50% dos homicídios ocorreram de forma concentrada em 30 localidades do ES. Denominadas pelo programa de “aglomerados”, estas áreas se encontram localizadas em municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (Vila Velha, Serra, Vitória, Cariacica, Viana) e no interior (Linhares, São Mateus, Cachoeiro do Itapemirim, Aracruz, Colatina, Conceição da Barra, Jaguaré, Pedro Canário, Sooretama e Baixo Guandu), somam 61% de todos os homicídios praticados no interior do ES.

ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde no ES tem se orientado por meio das estratégias que garantem a centralidade da atenção primária, coordenadora das redes de atenção.

Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde – APS no Espírito Santo adota a Estratégia de Saúde da Família para sua organização. Esta construção iniciou-se em meados de 1997 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e, no ano seguinte, estabeleceram-se as primeiras Equipes de Saúde da Família. Desde então, várias ações foram realizadas no sentido de sensibilizar diversos atores para esta proposta de organização da APS, o que incrementou a implantação da Estratégia Saúde da Família - ESF.

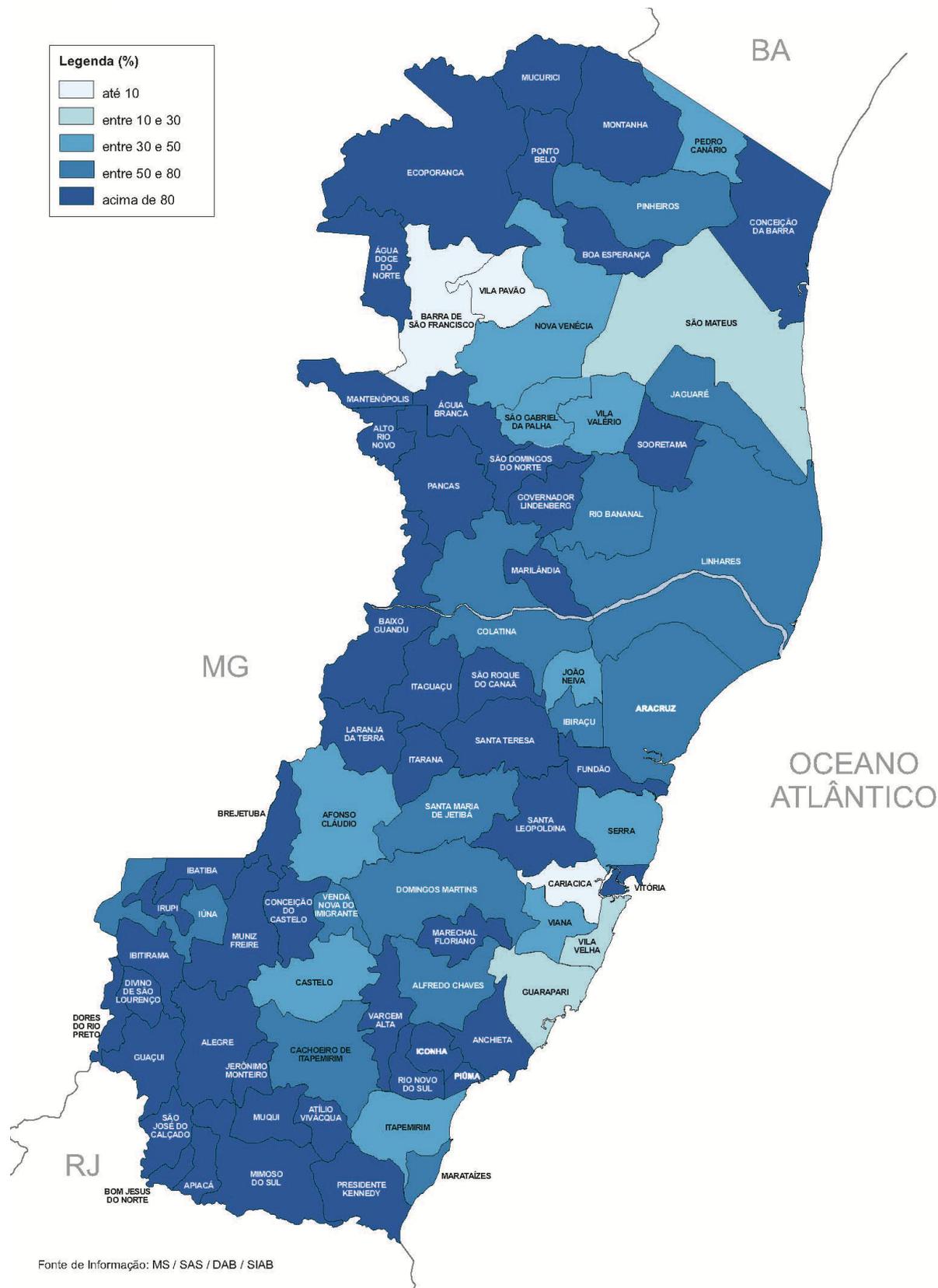
A adesão a ESF teve um crescimento gradativo e diferenciado em relação ao PACS. O crescimento da ESF foi estimulado pelo aumento de incentivos financeiros por parte do Ministério da Saúde (PAB variável) e da Secretaria de Estado cujo repasse era mensal (Portaria 183-N/dezembro, de 1999). Este repasse ocorreu no período de 2000 a 2003, que culminou com o crescimento do número de equipes, conforme demonstrado na tabela abaixo e no mapa da página seguinte.

Tabela 9: Evolução histórica da implantação das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Espírito Santo, 2000 a 2011

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ACS	2667	3479	4096	4307	4546	5003	5224	5010	5169	5146	5282	5158
ESF	167	271	321	336	399	471	487	499	539	545	569	567
ESB	0	84	87	113	191	262	294	286	347	382	405	392

Fonte: MS/SAS/DAB/SIAB

**Mapa 12: Cobertura da Estratégia de Saúde da Família, segundo os municípios.
Espírito Santo – 2010**



O nível central Estadual mantém técnicos e referência para as políticas específicas e projeta a Atenção Primária à Saúde – APS como coordenadora da rede de atenção à saúde, sendo a Saúde da Família e seu aumento de cobertura um dos grandes objetivos finalísticos do projeto prioritário de governo para a APS.

Uma estratégia de apoio à APS é o **Telessaúde ES** que adota tecnologias de informação e comunicação para melhorar a qualidade assistencial e contribuir para a redução dos custos da Atenção Primária, notadamente na Estratégia de Saúde da Família, contemplando sistemas de apoio à atenção primária (segunda opinião formativa e educação permanente), com objetivo de minimizar encaminhamentos para as redes de referência e qualificar os serviços prestados na atenção primária.

Atrelado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde, o Telessaúde é desenvolvido no estado em parceria entre a SESA, a UFES e o IFES e tem como meta até 2013 implantar 70 pontos nas Unidades de Saúde da Família, priorizando os municípios mais distantes dos grandes centros e com menores populações, desde que tenham disponibilidade de acesso à internet nas USF.

Redes de Atenção à Saúde

A **saúde mental** vem sofrendo mudanças na forma de conceber e ofertar cuidados na área nos últimos 30 anos. As propostas dão-se no sentido de vencer a cultura do isolamento historicamente posto por modelo centrado no hospital psiquiátrico e caminha em direção a um modelo que privilegia que o cuidado se realize nos serviços extra hospitalares de base comunitária.

Estima-se 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” (Unifesp/2006 -2007).

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.

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 e para a necessidade de configuração das Redes de Atenção Psicossocial - RAPS.

O perfil de internações por transtornos mentais graves no ES em 2010 confirmam a predominância dos agravos relacionados ao uso de álcool.

Tabela 10: Internações por uso prejudicial de Álcool e Outras Drogas segundo diagnóstico – CID 10. Espírito Santo 2006 a 2011

DIAGNÓSTICO CID10 (CATEG)	2006	2007	2008	2009	2010	2011
F10 Transt mentais comport dev uso alcool	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	-	-	-	-

Fonte: SESA/SIH

A **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD** tem como objetivo, estabelecer uma rede de atenção voltada a população com deficiência (auditiva; intelectual; física; ostomia e múltiplas deficiências), temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, com serviços organizados e integrados, da atenção básica à atenção hospitalar, principalmente nos locais com lacunas assistenciais identificadas.

Busca integrar os serviços públicos, privados e filantrópicos ao trabalho em rede, por meio da contratualização e regulação dos pontos de atenção.

Sua operacionalização acontecerá em quatro fases: 1) diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; 2) adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; 3) contratualização dos Pontos de Atenção; 4) implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, organizando-se por meio dos componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Atualmente o Estado encontra-se na fase 1 da operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, realizando diagnóstico situacional de todos os serviços municipais de saúde relacionados a essa rede, com intuito de realizar um possível desenho da Rede Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e assim, poder ofertar uma atenção integral e resolutiva a esses usuários. A atenção é realizada em serviços da rede em geral, sendo: Ostomias - nos hospitais públicos e contratualizados e Centros Regionais de Especialidades; Otorrinolaringologia - Centro Regional de Especialidade, Hospital Infantil Nossa Senhora da Penha, Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo, Hospital dos Ferroviários, Santa Casa de Misericórdia, Hospital da Polícia Militar, Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes; Oftalmologia - Centro Regional de Especialidades, Hospital dos Ferroviários, Hospital Evangélico de Vila Velha, Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes; Reabilitação Física e Múltiplas Deficiências - Centro de Reabilitação física do Espírito Santo.

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).

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 elaboraram 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.

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, cerebrovascular e traumatológica, instituindo o Acolhimento com Classificação de Risco como linguagem única da rede.

Numa perspectiva de rede, constituem componentes da atenção às urgências as unidades de saúde sob orientação da atenção primária, o SAMU, Sala de Estabilização, Central de Regulação de Internação de Urgência – CRIU, Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas e Pronto Atendimento - PA, e os componentes hospitalares.

A rede de urgência e emergência se iniciará pela região metropolitana com definição e pactuação dos pontos de atenção para as urgências clínicas do trauma, do IAM (dor torácica) e do AVC (déficit neurológico agudo). A rede define como competências da atenção primária à saúde o atendimento aos pacientes classificados como verde e azul (pouco urgente e não urgente) pelo protocolo de Manchester e os classificados como vermelho, laranja e amarelo

(medidas para manutenção da vida e para diminuição de sofrimento intenso) terá garantia de sua transferência para serviços mais adequados pelo SAMU ou transporte sanitário municipal, para unidades Hospitalares de Atendimento das Urgências, os Pronto – Socorros. As Unidades não Hospitalares de Atendimento das Urgências, Prontos Atendimentos e as UPAs ficam responsáveis pelo atendimento resolutivo dos pacientes classificados como verde e amarelo (pouco urgente e urgente) pelo protocolo de Manchester.

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

O **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**, um dos componentes assistenciais móveis da Rede de Atenção às Urgências, 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 seqüelas 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 nº 2.026, de 24/08/2011).

A implantação do SAMU no Estado do Espírito Santo foi priorizada inicialmente na Região Metropolitana de Vitória. Apresenta uma cobertura de 12 municípios capixabas, com 23 ambulâncias (06 Unidades de Suporte Avançado e 17 Unidades de Suporte Básico) e quatro motolâncias atendendo 24h por dia e 355 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores, telefonistas, rádio-operadores e administrativos.

O eixo norteador da política de **atenção à saúde da mulher e da criança** é a melhoria na qualidade da assistência prestada ao binômio (mulher e recém-nascido) durante o decorrer do ciclo gravídico e puerperal, com garantia no acesso, na qualidade e na humanização do atendimento prestado à mulher e ao recém-nascido. O foco da humanização dessa rede segue os objetivos da Política Nacional de Humanização (HumanizaSus), pensando-se humanização no seu conceito ampliado, considerando o acesso da gestante e recém-nascido a um atendimento digno e de qualidade, com objetivo de redução das taxas de morbimortalidade

materna, perinatal e neonatal, através da implantação das redes de assistência à gestação de risco habitual e alto risco.

O desenvolvimento da proposta de redes de atenção à saúde teve como pressupostos a economia de escala e escopo, da atenção primária à terciária, com melhoria constante na qualidade da assistência pré-natal e da qualidade e acesso às maternidades, pensando-se principalmente que o Estado possui grande parte de seus municípios com menos de vinte mil habitantes, e para que consiga atender aos usuários na média complexidade, torna-se necessário a organização dessa rede em micro e macrorregiões.

A implantação se iniciará pela Região Norte, que apresenta os piores indicadores de mortalidade neonatal (10,57), mortalidade pós-neonatal (3,81), mortalidade infantil (14,38). Além disso, apresenta o maior déficit no número de leitos obstétricos (14), leitos de UTIN (11), leitos de UCI neonatal (22). Em relação à investigação de óbitos infantis, foi a região que apresentou maior índice de investigação (73,48%), comparado com as demais regiões.

Para a Rede de Atenção à Mulher e a Criança há necessidade de 367 leitos qualificados como obstétricos de risco habitual demonstrando que há número de leitos suficientes para prestar assistência ao parto de baixo risco. Um dos grandes problemas identificados é a precariedade no número e na qualificação dos profissionais que prestam assistência ao parto. A Rede da Mulher e da Criança prevê, pelo menos, uma maternidade de referência para a gestação de alto risco por macrorregião. Com o atual PDR, a Região Norte não terá leitos de alto risco e a Sul terá insuficiência de 3 leitos.

Tabela 11: Maternidades de referência para gestação de alto risco por região

Região de Saúde	Nº leitos
Metropolitana	79
Centro	38
Sul	19
Total	136

Fonte: SESA/CNES (julho/2011)

Compondo a rede de atenção ao RN as Regiões de Saúde que possuem insuficiência no número de leitos de UTIN são a Norte, com 11 leitos, e a Sul, com 6 leitos. Para assistência ao recém-nascido de risco, além da insuficiência de leitos de UTIN, também faltam leitos de Unidade de Cuidados Intermediários em todas as regiões, totalizando 121 leitos de UCI com a presença de pediatra prestando os primeiros cuidados imediatos ao recém-nascido.

Os leitos de UTI adulto devem ser garantidos as puérperas que apresentarem complicações em decorrência do parto estão assim distribuídos:

Tabela 12: Leitos de UTI adulto em hospitais com maternidade, por região. ES, 2010

Região de Saúde	UTI adulto
Total da Região Metropolitana	92
Total da Região Centro	20
Total da Região Norte	10
Total da Região Sul	34
Total Geral	156

Fonte: SESA/CNES (julho/2011)

Ações e Serviços de Saúde

O Sistema Estadual de Saúde conta com uma rede hospitalar composta 10 hospitais próprios que construídos em décadas passadas, que ainda são mantidos como referência para boa parte da população capixaba. São estruturas consideradas patrimônio histórico da saúde por guardar coalizão das idéias de representações sociais da época quando foram criados. Passam por estudos minuciosos de perfil que melhor se adéqüe às necessidades das redes em cada região de saúde. Dois novos hospitais serão entregues a partir de 2013 fazendo parte do Projeto de Ampliação e Modernização da Rede Hospitalar. O Hospital Jaime Santos Neves oferecerá 424 novos leitos com 40 novos leitos de UTI e 40 novos leitos de UTI.

Rede Hospitalar Própria

Hospitais da Região Metropolitana

O Hospital Antônio Bezerra de Faria localizado em Vila Velha, fundado em 1958 é referência em Urgência e Emergência para a população adulta.

Especialidades: clínica médica, cirurgia geral, ortopédica, cirurgia de mão (ambulatório e cirurgia eletiva). Conta com um total de 83 leitos, subdivididos em: Clínica Médica: 29 leitos; Clínica Cirúrgica: 24 leitos; UTI: 05; Repouso adulto: 07; Médio Risco: 05; Alto Risco: 03; Repouso Pequena Cirurgia: 09; Isolamento: 01.

O Hospital Dr. Dório Silva localizado em Serra, inaugurado em 1988. Atendimento Prestado: Hospital Geral 24 horas em Urgência e Emergência, Atendimento Ambulatorial, Internação, SADT e Programa de Internação Domiciliar.

Especialidades: Ortopedia, Neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia geral, urologia, clínica médica, maternidade alto risco, UTI Queimados, UTI adulto, UTI Neonatal, Unidade Intermediária Neonatal, endoscopia, ultrassonografia e serviços terceirizados de Tomografia, mamografia e raio-x. Conta com um total de 224 leitos, subdivididos em: Clínica Médica: 27 leitos; Pediatria: 21; CCE: 34; Clínica Cirúrgica: 32 leitos; Maternidade: 30; UTI: 22; UTIN:28; CTQ: 06.

O Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, inaugurado em 15 de agosto de 1935. Na época o hospital possuía uma sala de atendimento destinada à realização de consultas médicas, 5 enfermarias para internação de pacientes e um centro cirúrgico. Sua capacidade era de 70 leitos. Atualmente o HINSG possui uma área física de 4.700 m², oferecendo a população infantil do Estado (aproximadamente 300 mil) os mais diversos serviços na área de saúde infantil com 149 leitos de internação, além de capacitar futuros profissionais na área médica - Residência Médica em Pediatria.

Especialidades: Neurologia e neurocirurgia, infectologia, traumatologia-ortopedia, oncologia, hematologia, pediatria geral, cirurgia pediátrica, ortopedia pediátrica, clínica médica pediátrica, neonatologia/UTIN, UTI Pediátrica/UTIP, programas (asma brônquica, doenças celíaca, osteogênese imperfeita, má formações da coluna/escoliose, fibrose cística, DST-AIDS). Conta com um total de 126 leitos, subdivididos em: Isolamento direito: 16; Isolamento esquerdo: 10; Pneumologia I: 07; Pneumologia II: 05; Onco/Hemato I: 08; Onco/Hemato II: 11; Clínica Médica 06; CTQ: 08; CTI: 06; Neonatologia: 09; Ortopedia: 12; Neurologia: 09; Clínica Cirúrgica: 19.

O Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves inaugurado em 04 de abril de 2002 com 08 leitos de pediatria e 05 leitos de UTIN. Entre 2003 a 2008 houve a inauguração do ambulatório de especialidades pediátricas, ampliação dos leitos de UTI Neonatal para 25 leitos, ampliação da enfermaria de pediatria para 51 leitos, inaugurações do banco de sangue, centro cirúrgico, centro diagnóstico, pronto socorro, UTI pediátrica, banco de leite, sala de recreação e maternidade.

Especialidades: Pediatria Geral, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia Pediátrica, Neonatologia e Terapia Intensiva Pediátrica, Obstetrícia. Conta com um total de 133 leitos, subdivididos em: Pediatria Geral: 21 leitos; Isolamento: 03 leitos; Semi crítico pediátrico: 02 leitos; Ortopedia pediátrica: 09 leitos; Cirurgia Pediátrica: 09 leitos; Uti Neonatal: 25 leitos; Maternidade: 25 leitos; Terapia Intensiva Pediátrica: 03 leitos.

O Hospital Adauto Botelho inaugurado em 16 de março de 1954 como hospital psiquiátrico. Aderindo à política de desospitalização passou a desenvolver projeto de ressocialização dos pacientes que passaram para morar em residências terapêuticas nos municípios da Grande Vitória. Em 2010 houve uma reestruturação do hospital com a mudança do seu perfil para hospital de atendimento clínico. Com isso, foram criados 40 leitos clínicos que servem de retaguarda para a SESA e destinados a pacientes já internados em outras unidades da rede estadual e que são encaminhados ao HEAC por intermédio dos médicos reguladores da Central de Internação da SESA. Está estruturado com uma Unidade de Urgência em Saúde Mental que passou a funcionar com 13 leitos de observação especialmente preparados para atender à demanda da população na especialidade de psiquiatria.

Os novos serviços, juntamente com os 50 leitos já existentes na Unidade de Curta Permanência mais 20 leitos de geriatria na antiga Unidade de Ressocialização formam um novo complexo assistencial de saúde denominado Hospital Estadual de Atenção Clínica.

Especialidades: Clínica e Psiquiatria . Conta com 123 leitos, subdivididos em: Clínica Médica: 40 leitos; Psiquiatria internação: 50 leitos; Psiquiatria emergência/Pronto Socorro: 13 leitos; Geriatria: 20 leitos.

O Hospital São Lucas surgiu em 1968, como serviço de saúde particular, por iniciativa de um grupo de médicos vindos do norte de Espírito Santo. No início da década de 70 o hospital foi desativado e o prédio foi incorporado ao patrimônio da Previdência Social. Em fevereiro de 1981 o prédio deu origem a um Posto de Assistência Médica - PAM. Em 1983 foi incorporado um pronto socorro e passou a ser considerado como posto de urgência e emergência. Em novembro de 1987 foi transformado em hospital geral, resultado de convênio assinado com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde- SUDS. Em agosto de 1988 foi reformado e passou a ser o 1º hospital de urgência do Espírito Santo integrado ao SUDS. Em 1995 o hospital passou por outras reformas. Durante esse período o HSL mudou de base de serviços/atendimentos para a estrutura do Hospital da Polícia Militar – HPM. Com a conclusão dessa reforma o HSL, à época, ampliou o seu número de leitos passando para 159 leitos de internação. Em 2010 novamente voltou a ocupar o espaço do HPM, onde se encontra atualmente até que a reforma e ampliação do HSL fiquem prontas.

Especialidades: neurocirurgia, cirurgia vascular, traumatologia-ortopedia, cirurgia geral, buco-maxilo, oftalmologia. Conta com um total de 92 leitos, subdivididos em: Clínica Médica: 28 leitos; Neuro-ortopedia: 35 leitos; Cirurgia Geral: 12 leitos; CTI/Semi-intensivo: 23 leitos CTI/Intermediário: 12 leitos.

Hospitais da Região Central

O Hospital Jones dos Santos Neves localizado em Baixo Guandu foi inaugurado no ano de 1956. É uma instituição pública estadual, localizado na cidade de Baixo Guandu - ES, com uma área total de mais de 3.000 (três mil) metros quadrados, atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tem sido referência na área de maternidade na Região central, atendendo cidades como: Itaguaçu/ES, Itarana/ES, Laranja da Terra/ES e Aimorés/MG e Ituêta/MG, municípios que estão no entorno da cidade de Baixo Guandu. Realiza em média 60 cirurgias eletivas por mês; média de 50 partos/mês; 2.600 atendimentos no Pronto Socorro - entre urgências, emergências, curativos e atendimentos ambulatoriais. Realiza exames radiológicos, de ultrasonografia e mais de 200 tipos de exames laboratoriais para o auxílio de diagnósticos clínicos dos usuários.

Especialidades: Pediatria Geral, Cirurgia Geral, Ginecológica, Vascular, Proctologia, Obstetrícia, Clínica Médica. Conta com um total de 51 leitos, subdivididos em: Clínica Médica: 17 leitos; Pediatria: 12 leitos; Cirurgia Geral: 12 leitos; Maternidade: 10 leitos (alojamento conjunto).

O Hospital e Maternidade Silvio Avidos construído em terreno doado pela Prefeitura Municipal de Colatina, pelo Governo Federal, em parceria com o Governo Estadual e a Legião Brasileira de Assistência - LBA, tendo sido inaugurado em 1949.

Especialidades: clínica médica, cirurgia geral, traumatologia-ortopedia, pediatria, neurocirurgia. Especialidades de Apoio: anesthesiologia, buco-maxilo, vascular, terapia intensiva, otorrinolaringologia, ginecologia, cardiologia, nefrologia, urologia, oftalmologia, psiquiatria, cirurgia plástica (reconstrutora), infectologia, cirurgia tórax. Conta com um total de 114 leitos, subdivididos em: Clínica Médica: 15 leitos; Pediatria: 11 leitos; Clínica Cirúrgica: 21 leitos; Clínica Ortopédica: 23 leitos; CTI: 10 leitos Isolamento: 02, Pronto Socorro: 30 leitos; Eletiva: 02 leitos.

Hospitais da Região Norte

O Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras inaugurado em março de 1987 em São Mateus, com o nome Dr. Luiz Castelar da Silva e fechado logo em seguida por não apresentar estrutura funcional. Após foram realizados dois concursos públicos o que possibilitou a sua reinauguração em 14 de fevereiro de 1989 com a atual intitulação.

Área de abrangência: Atualmente, o HRAS atende 14 municípios da Região Norte com referência em atendimento de urgência e emergência, possuindo uma população de aproximada de 358.000 habitantes.

Especialidades: clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ortopedia, neurocirurgia, urologia, vascular, cirurgia plástica reparadora e buco-maxilo-facial. Conta com um total de 197 leitos, subdivididos em: Clínica Médica: 32 leitos; Neuro-ortopedia: 35 leitos; Pediatria: 30 leitos; Cirurgia Geral: 26 leitos; CTI: 20 leitos; Emergencia 1 e Emergência 2: 07; Sala medicação: 13, Nº de Leitos de Observação (P. Socorro): 30 leitos

O Hospital Dra. Rita de Cássia, nasceu do sonho de alguns francisquenses que nos anos 70 se uniram para criar uma sociedade de atendimento hospitalar de caráter filantrópico para atendimento da população carente de Barra de São Francisco. O então prefeito Joaquim Alves de Souza foi o patrono do início das obras viabilizando verbas junto ao Estado que foi construído e entregue a população pelo prefeito Vicente Amaro da Silva que equipou a unidade e inaugurou em 03 de dezembro de 1973.

Em 1973 foi criado como Sociedade Hospitalar São Paulo da Cruz, tendo como presidente da entidade filantrópica mantenedora Padre Alfredo e como primeiro diretor Dr. Deolindo Sarmenghi.

Em 1976 transformou-se em Fundação Hospitalar de Barra de São Francisco, em convênio com a Secretaria de Estado da Saúde - SESA.

Em 1983 esse hospital foi encampado pela SESA/IESP e classificado como Unidade Hospitalar classe B, conforme Resolução do Conselho de Administração do IESP nº 28/82 de fevereiro de 1983 foi denominada Dr^a Rita de Cássia Melgaço em homenagem a servidora morta em acidente automobilístico.

Em 1987 foi entregue a obra do pronto socorro e em 1997 foi inaugurada a construção e a ampliação da área de nutrição/dietética e refeitório. Em 2002 as obras do anexo III foram iniciadas, o que culminou com o funcionamento da UTI, lavanderia e centro cirúrgico.

Especialidades: ortopedia, pediatria, obstetrícia, clínica geral, clínica cirúrgica. Conta com um total de 91 leitos, subdivididos em: Clínica Médica: 24 leitos; Clínica Cirúrgica:14 leitos; Obstetrícia: 14 leitos; Pediatria: 14 leitos.

Hospitais da Região Sul

O **Hospital Estadual São José do Calçado** foi fundado em setembro de 1910, é o resultado da antiga Associação Beneficente Calçadense, obra de caráter filantrópico. Em 1965, o prédio atual da unidade já se encontrava edificado. Em 1970, por deliberação unânime da diretoria, o Hospital foi doado a fundação Hospitalar do Espírito Santo e em 1980 passou a ser do Instituto Estadual de Saúde Pública - IESP, órgão do Governo Estadual. Com a extinção do IESP em 2007, a administração da unidade passou a ser de responsabilidade direta da SESA.

Especialidades: PS, UTI, Clínica médica, Pediatria, Obstetrícia, Urologia, Ortopedia, Cirurgia geral, Cirurgia ortopédica, Cirurgia reparadora, Cirurgia urológica, Cirurgia Vascular e ginecológica. Conta com 79 leitos, subdivididos em: Clínica Médica: 26 leitos; Isolamento da Clínica médica: 01; Clínica Cirúrgica: 23 leitos; UTI: 06; Isolamento da UTI: 1; PS: 06 ; Pediatria: 09; Hospital Dia: 02; Obstetrícia: 05.

Serviços de Referência

O **Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides Alexandre Campos - CAPAAC** foi criado em 20 de dezembro de 1973, por força da Lei Ordinária nº 2.837/73 com o nome de “Pronto Socorro Psiquiátrico de Cachoeiro de Itapemirim”. Em 1980 o Pronto Socorro psiquiátrico passou-se a adotar o nome atual.

Através do Acolhimento com Classificação de Risco – ACR em 2010 passou a ser porta de entrada para as internações psiquiátricas na região sul, exercendo uma função reguladora e normalizadora do sistema.

Visa trabalhar dentro de um programa operativo que possibilite atender o paciente na crise, organizar sua vida dentro da comunidade hospitalar, preparando-o e à sua família, através de ações terapêuticas que promovam sua reintegração familiar e social.

Especialidades: Psiquiatria - conta com 38 leitos: internação: 35 leitos, Psiquiatria emergência/Pronto Socorro: 03 leitos, Nº de Leitos de Observação (P. Socorro - Psiquiatria): 03 leitos.

O indicador de suficiência de leitos hospitalares é influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos e é depende da política pública que focaliza a necessidade como parâmetro de planejamento, sua destinação tecnica deve estar numa rede regionalizada, hierarquizada de complexidade crescente de ações e serviços de saúde.

Existem no ES 8201 leitos hospitalares sendo 5645 leitos SUS e 2556 não SUS. Destes 392 leitos de UTI – SUS e 352 não SUS. Ainda existe um déficit de 2971 leitos clínicos e 452 leitos de UTI para todo o ES.

O Laboratório Central – LACEN tem como finalidade ser referência estadual para as atividades de controle de qualidade de produtos e de serviços, além de executar exames para complementação diagnóstica de doenças de notificação compulsória e de eventos inusitados para a saúde. O Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo faz parte do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Pelo seu perfil, não deveriam ser encaminhados a

este nível de competência, exames considerados de média complexidade que deveriam estar descentralizados para os municípios e regionais, ficando sob sua responsabilidade os exames de alta complexidade como isolamento viral e o controle de qualidade da rede de laboratórios que inclui a supervisão de todos os laboratórios, conveniados, públicos e privados. Cabe ao Laboratório Central Estadual dar suporte ao Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - CIEVS.

O Centro de Atendimento Toxicológico do Espírito Santo - TOXCEN tem como atribuição: “assessorar, prestar atendimento direto, proceder à avaliação técnica no que se refere à atenção ao intoxicado bem como emitir pareceres para efeito de cadastro de agrotóxico, buscar e divulgar informações epidemiológicas, desenvolver ações de prevenção, é referência técnico-clínica para as notificações regulamentares quanto aos acidentes por animais peçonhentos e agrotóxicos, auxiliar na formação de profissionais com capacidade de diagnosticar e habilidade em tratar adequadamente os intoxicados”.

Em 2009 foram registrados no TOXCEN 1.810 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).

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 saia do quadro agudo ele é encaminhado para psicoterapia na rede.

O **Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo – CREFES** é referência Estadual em Reabilitação, instituído pelo Decreto 1.797-E, de 22-2-1979, localizado no Município de Vila Velha, é uma Unidade Hospitalar Nível III, com 20 leitos de medicina física e reabilitação.

Atende uma média de 400 usuários/dia, em regime ambulatorial, conta com 20 (vinte) leitos de medicina física e reabilitação para internação de segunda a sexta feira, além de uma Equipe de Basquete em cadeiras de rodas e Rugby, com cinquenta atletas (masculino e feminino), que tem como objetivo promover as ações na área do Esporte Paraolímpico eliminando as barreiras físicas e sociais.

Especialidades: Fisiatria, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Clínica Médica, Urologia, Pediatria, Medicina do Trabalho, Radiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Musicoterapia, Nutricionista, Enfermagem, Educação Física, Cardiologia, Reumatologia e Neurologia.

O **CREFES** é também Referência Estadual em: Exame de Eletroneuromiografia; Centro de Referência em Distonias e Espasticidades - CREDE, com avaliação e aplicação da toxina botulínica; Serviço de Atenção à Saúde Auditiva – Pólo de Audiologia, que realiza avaliação diagnóstica auditiva, concessão e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual - AASI e terapia fonoaudiológica aos pacientes protetizados; Concessão de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção.

Os **Centros Regionais de Especialidades - CRE** são prestadores de serviços da rede estadual, localizados nas Regiões de Saúde: Metropolitana, Norte, Central e Sul, instalados nas cidades pólos destas regiões e ofertam consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico, visando garantir o atendimento da médica complexidade ambulatorial a nível regional.

A implementação da **Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador - RENAST** dar-se-á pela estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 2.728/2009, que está em consonância com os mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde e outros dispositivos normativos de gestão do

SUS. Os CEREST são órgãos irradiadores desta política, fornecendo suporte técnico e científico a sua área de abrangência e retaguarda técnica para a região de abrangência para o desenvolvimento de ações de assistência, vigilância, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores. A vigilância se desenvolve coordenada pelo Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador – NEVISAT que tem como objetivo fomentar, coordenar e acompanhar a implantação das ações em Saúde do Trabalhador, além de promover ambientes e processos de trabalho saudáveis por meio de análises do perfil produtivo regionais, integração da área junto à Atenção Primária à Saúde e demais serviços de saúde, aumento de notificações dos agravos à saúde do trabalhador no SINAN e implantação da rede sentinela e controle social.

O Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo - HEMOES tem a responsabilidade pela qualidade do sangue fornecido a todos que dele necessitam e para isso é formado por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, bioquímicos, farmacêuticos, administradores e técnicos) responsáveis pelo cadastro, triagem, coleta, exames e orientações necessárias desde o momento da doação até a transfusão.

Sob coordenação do HEMOES está a Política Estadual de Assistência Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, formulado a partir das diretrizes da Portaria 1391/GM do Ministério da Saúde – MS que instituiu este atendimento no âmbito do SUS a partir da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

Esta é executada de forma articulada pelo MS, SES, Distrito Federal e municípios e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de assistência integral aos portadores das doenças. Para avaliação precoce dos casos de doenças hematológicas o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n.º 822/GM de 06 de junho de 2001, instituindo o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN que além da confirmação diagnóstica, previu o acompanhamento e tratamento dos casos identificados de: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito.

Composição atual da Hemorrede Estadual:

- Hemocentro Coordenador do ES – Vitória;
- Hemocentro Regional de São Mateus;
- Hemocentro Regional de Colatina;
- Núcleo de Hemoterapia de Linhares.

Os casos de **Doença Falciforme** se concentram na Região metropolitana e entre setembro de 2001 a dezembro de 2010, foram diagnosticados 265 casos em recém nascidos portadores. A incidência da doença é de 1 para 1750 habitantes no Estado sendo a incidência nacional de 3.500/ano entre os nascidos vivos.

Após confirmação diagnóstica, o portador recebe o primeiro atendimento na APAE Vitória e posteriormente é encaminhado para a rede complementar de saúde, onde recebe o tratamento adequado padronizado em protocolos clínicos, prescrição e dispensação de medicamentos e as imunizações básicas e especiais contra Haemophilus, pneumococos e hepatite B. A APAE Vitória é o serviço de referência para o Programa Nacional De Triagem Neonatal e existem 531 pessoas cadastradas no HEMOES com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias .

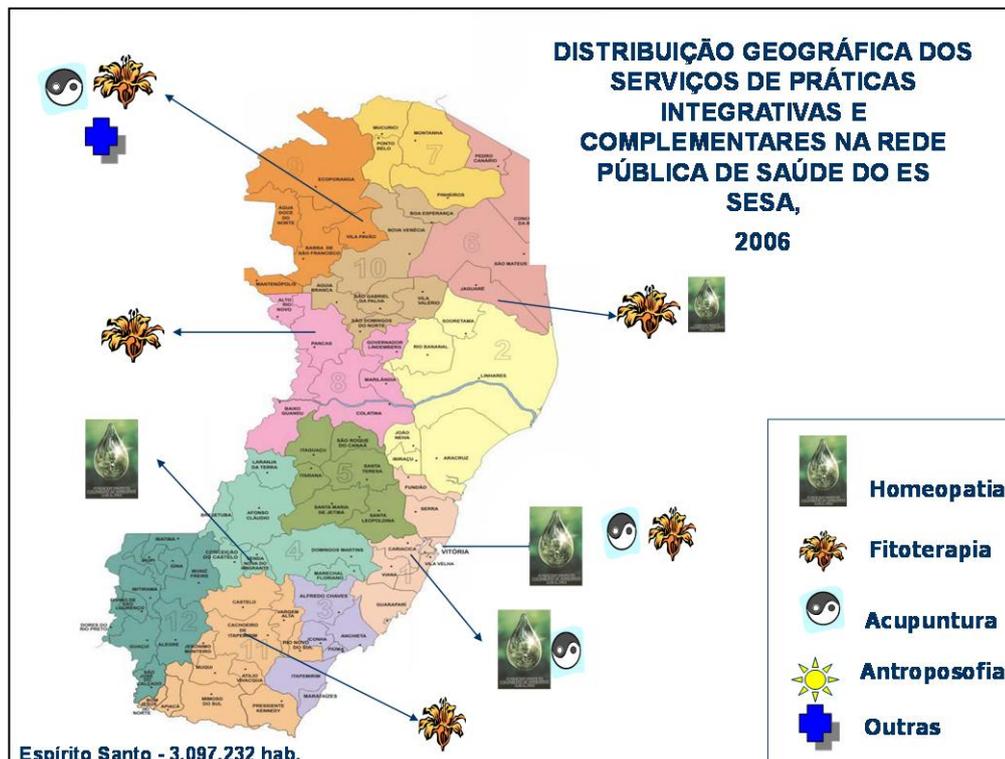
O **Centro de Referência em Homeopatia e Acupuntura do ES** destina-se a toda a população e representa o único serviço desse porte em todo o Estado. O Centro é procurado principalmente por usuários dos municípios da região metropolitana, como Cariacica (36%), Serra (19%), Vitória (26%) e Vila Velha (15%). Os procedentes do interior representam apenas (4%). Os principais diagnósticos clínicos detectados foram os Transtornos Fóbico Ansioso (11,6%), Asma Brônquica (9,4%), Rinite Alérgica (9,3 %), Cefaléia (6,3%).

As especialidades em saúde que compõem as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa e a Acupuntura (MTC/Acupuntura), a Medicina Antroposófica, as Plantas Medicinais e Fitoterapia e o Termalismo. Tratam de possibilidades de intervenções de origem, conformação e referências teóricas bastantes diversas. Entretanto, não há restrição para o uso de nenhuma delas, podendo ser utilizadas na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de todos os agravos, em todos os níveis de atenção, sem restrição de clientela.

A Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS iniciou-se a partir da recomendação da Organização Mundial da Saúde – OMS na década de 70 e no Brasil, na década de 80, impulsionados pelo movimento da reforma sanitária e criação do SUS muitos serviços foram implantados em todo país. No Estado do Espírito Santo, a Política Estadual das Práticas Integrativas e Complementares foi aprovada em 2008 e entre suas diretrizes

encontra-se o apoio à implantação implementação de novos serviços, visando seu fortalecimento, a descentralização e o acesso a este tratamento humanizado no SUS em todo o estado.

Mapa 13: Distribuição Geográfica dos Serviços de Práticas Integrativas. Espírito Santo, 2006



Fonte:SESA/NEN

A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Espírito Santo - CNCDO/ES é uma unidade executiva das atividades do Sistema Nacional de Transplantes/Ministério da Saúde e tem como atribuições:

- Coordenar e fiscalizar as atividades de transplantes no âmbito estadual;
- Gerenciar a lista de espera;
- Autorizar estabelecimentos de saúde e equipes para transplantes junto ao SNT/MS;
- Elaborar relatórios estatísticos;
- Conscientização e sensibilização da população quanto à importância da doação de órgãos e tecidos;
- Capacitar profissionais de saúde;
- Coordenar toda logística do Processo doação/transplante.

Atualmente, no Espírito Santo existem estabelecimentos e equipes autorizadas pelo Ministério da Saúde para realizar transplantes de córnea, rim, fígado, coração, rim/pâncreas conjugado, medula óssea autólogo, tecido músculo esquelético-osso e banco de tecido ocular humano.

Desde a criação da CNCDO/ES até dezembro de 2011, foram realizados no Estado 1214 transplantes de órgãos sólidos, 1436 transplantes de córnea e 33 de medula óssea autólogo. O ES foi o 3º Estado no Brasil que zerou a fila de córnea em setembro de 2011.

Em 2011 o índice de negativa familiar no Espírito Santo foi de 48%, enquanto a média nacional foi de 43%, demonstrando ser fundamental estimular a cultura da doação de órgãos em nosso estado, através do trabalho de educação continuada.

Os avanços das técnicas cirúrgicas e principalmente o avanço dos imunossuppressores para controle do processo de rejeição, impulsionaram os transplantes em todo o mundo, tornando-o cada vez mais comum e com melhores resultados.

Tabela 13: Procedimentos da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Espírito Santo – 1998 a 2011

Procedimentos	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Notificações de ME	45	111	109	114	107	135	122	112	132	132	137	149	118	153	1676
Transplantes de Córneas	18	35	42	57	108	117	100	120	91	69	122	131	100	326	1436
Transplantes de Rim/Cadáver	10	26	16	37	28	38	52	44	31	23	51	58	47	55	516
Transplantes de Rim/Vivo	21	53	67	54	53	44	35	51	25	31	36	38	17	26	551
Transplante de Coração	-	-	-	-	-	1	0	1	0	0	4	1	4	3	14
Transplante de Fígado	0	0	0	0	0	0	0	10	10	9	20	29	27	24	129
Transplantes de Rim/Pâncreas	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4
Medula Óssea Autólogo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	8	20	33
Total Geral de Transplantes	49	114	125	148	189	200	187	226	161	132	234	261	203	454	2683

Fonte: SESA/CNCDO
* Jul a Dez de 1998

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. Têm como objetivos:

- Proporcionar o acesso aos medicamentos, em conformidade com o perfil epidemiológico e com as melhores evidências científicas disponíveis.
- Viabilizar mecanismos eficientes de prover o acesso aos medicamentos com regularidade e de maneira descentralizada.
- Fomentar a organização e estruturação de todas as atividades do Ciclo da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal e estadual.
- Contribuir para a melhoria da resolutividade do Sistema de Atenção à Saúde, da prevenção de agravos e da promoção da saúde.
- Promover o uso de ferramentas modernas e eficientes de gestão, otimizando a aplicação dos escassos recursos públicos, orientados pelo interesse da coletividade, pelo interesse público, pelo princípio da eficiência e da economicidade.
- Garantir mecanismos adequados e sustentáveis de financiamento tripartite para o acesso aos medicamentos e também aos cuidados farmacêuticos especializados e de qualidade.

Os **medicamentos básicos** são adquiridos e dispensados pelos municípios nas farmácias das unidades de saúde e seu financiamento é efetuado pelas três esferas de governo, conforme portaria GM nº 4.217 de 28/12/2010. O estado repassa, fundo a fundo, recurso per capita para cada município.

Como incentivo aos municípios que queiram implantar farmácia cidadã municipal o estado repassa recurso no valor de R\$ 30.000,00. O montante pode ser usado tanto na adequação física quanto na aquisição de equipamentos Para receber o recurso, a prefeitura deve seguir uma série de normas técnicas, sanitárias e de segurança.

Os **medicamentos especializados** são padronizados pelo Ministério da Saúde e adquiridos e dispensados através das farmácias cidadãs estaduais. O conceito de Farmácia Cidadã Estadual

foi elaborado com foco na modernização do atendimento prestado nas farmácias públicas. Entre os benefícios, estão maior disponibilidade de medicamentos, estrutura física adequada, ambiente climatizado, atendimento farmacêutico especializado, informatização e desburocratização, com serviços pela Internet e comunicação via torpedo. Atualmente há Farmácias Cidadãs Estaduais em Cariacica (Metropolitana), Linhares, Venda Nova do Imigrante, Colatina, Nova Venécia, São Mateus, Vila Velha e Serra.

A Portaria GM/MS nº 2.981 de 26/11/2009 regulamenta o componente e traça as diretrizes para sua operacionalização. Estes são usados no tratamento de doenças raras ou graves, entre elas, Mal de Parkinson, esclerose múltipla, glaucoma, fibrose cística, Gaucher. Há uma lista de 151 produtos do componente especializado definida pelo Ministério da Saúde que são de obrigatório fornecimento. No ES foram acrescentados mais 31, exclusivamente custeados pelo Estado totalizando 182 itens.

Os medicamentos adquiridos através de processo administrativo não são padronizados, mas sua aquisição e dispensação ocorrem após solicitação formal e análise de evidência científica através da CEFT/GEAF. As normas relativas ao tema estão descritas na portaria 036-R SESA/ES de 07/07/2005.

A dispensação de medicamentos desse componente é realizada nas farmácias cidadãs estaduais, sendo: Metropolitana, Vila Velha, Serra, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, São Mateus, Linhares, Venda Nova e Nova Venécia. Esse procedimento é norteado pelo Ministério da Saúde através da portaria que define o elenco e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, que traçam diretrizes e critérios para a prescrição dos medicamentos. Para aumentar o acesso aos medicamentos de alto custo, a SESA passou a aceitar, desde 2005, receitas da rede privada. Atualmente, cerca de 50% dos atendimentos realizados nas Farmácias Cidadãs Estaduais são oriundos de receituário médico particular.

São denominados **medicamentos do componente estratégico**, sendo sua aquisição de responsabilidade do Ministério da Saúde e seu fornecimento de responsabilidade dos municípios por meio dos programas e também nas farmácias. Os programas garantem o tratamento como um todo, incluindo acompanhamento médico e exames especializados.

O tratamento de algumas doenças como Aids, malária, esquistossomose, hanseníase e tuberculose, para citar algumas, é feito por meio de centros de referência ou programas específicos.

Os medicamentos da área de oncologia são dispensados ou usados nos serviços referenciados e cadastrados no Ministério da Saúde. O serviço realiza o procedimento e recebe recurso diretamente do Governo Federal.

A implementação da **Política Nacional de Saúde Bucal** - Programa Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios básicos do Sistema Único de Saúde no Brasil.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (através da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

A equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de reorientação do processo de trabalho para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Tabela 14: Implantação das ESB na ESF no ES no período de 2006 a 2011

Ano	Nº Municípios	ESB mod I Implantadas	ESB mod II Implantadas
2006	68	293	0
2007	64	285	0
2008	69	346	1
2009	70	381	1
2010	71	404	1
2011*	71	394	2

Fonte: MS/SAS/DAB/SIAB

* Até a competência de outubro.

A meta pactuada pelo estado para 2011 foi de 45%, o que corresponde a 458 ESB, levando-se em consideração que cada equipe é responsável pelo atendimento de 3.450 indivíduos.

Os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO são estabelecimentos de saúde, preparados para oferecer à população, no mínimo, os serviços de diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento à portadores de necessidades especiais.

Municípios com CEO Tipo I: Serra, Castelo, Cachoeiro de Itapemirim, Guaçuí, São José do Calçado, Nova Venécia, Vila Velha, Vitória. CEO Tipo II: Cachoeiro de Itapemirim. CEO Tipo III: Colatina.

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas.

Municípios com LRPD: Vitória, Cachoeiro de Itapemirim, Nova Venécia.

O **câncer de boca** é o que afeta lábios e o interior da cavidade oral. O câncer do lábio é mais comum em pessoas brancas e ocorre mais freqüentemente no lábio inferior. A visita periódica ao dentista favorece o diagnóstico precoce do câncer de boca, porque é

possível identificar lesões suspeitas. Pessoas com maior risco para desenvolver câncer de boca (fumantes e consumidores freqüentes de bebidas alcoólicas) devem ter cuidado redobrado (INCA). No ES, é a quinta causa de morte entre os homens e a décima terceira entre as mulheres. **A estimativa do INCA de novos casos para o ano de 2012 no ES** é de 380 novos casos, sendo 260 para os homens e 120 para mulheres.

No Espírito Santo, o programa do Câncer de Boca foi criado em 1993, através de um convênio entre a SESA e o Hospital Santa Rita de Cássia.

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%. As fissuras resultam de causas multifatoriais, onde fatores genéticos têm um peso de 40% e os fatores ambientais de 60%.

No Espírito Santo a referência para esses pacientes é através do Tratamento Fora do Domicílio - TFD, na cidade de Bauru (SP): Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-HRAC-USP (Centrinho).

Há um quantitativo de 1.632 pacientes em tratamento/acompanhamento, segundo o TFD foram enviados para Bauru-SP, em 2007, 532 pacientes. Em 2008, foram 508 pacientes. Em 2009, foram 319 pacientes. Em 2010 -2011 foram enviados 399 pacientes.

A oferta de serviço de **cirurgia bucomaxilofacial** no estado,atende aos pacientes que sofrem trauma facial, atualmente a rede estadual conta com 7 hospitais para atendimento ao trauma bucomaxilofacial: Hospital São Lucas (9 profissionais), Hospital Infantil (2 profissionais), Hospital Dório Silva (1 profissional cedido pela PM Serra), Hospital dos Ferroviários (2

profissionais), Hospital Sílvio Avidos (2 profissionais), Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim (3 profissionais), Hospital Antônio Bezerra de Farias (1 profissional).

O atendimento a **pacientes com necessidades especiais** (PNE) é complexo, devendo iniciar-se precocemente, quando o paciente ainda é bebê. Para tal, envolve uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar, proporcionando o atendimento de suas necessidades de forma integral.

Para o atendimento odontológico ao PNE há critérios técnicos específicos, que incluem especialização do profissional nesta área. Pois não se trata de um atendimento isolado e sim de um atendimento interfaceado com os profissionais médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, e outros que compõem a equipe.

Para assegurar a dignidade no trabalho para profissionais e usuários em centro cirúrgico, a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços e as condições necessárias para a realização de um trabalho de qualidade com respeito às normas de biossegurança, deverão ser garantidas a adequação da área física, o suprimento de instrumental e material de consumo e a conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos. No ano de 2010 e 2011 foram realizados 208 atendimentos, sob anestesia geral, nessa clientela no HIMABA.

Ações Coletivas

A organização das ações de **vigilância em saúde** no SUS se estrutura a partir dos referenciais: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador.

A vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Nascimentos, comportamentos, adoecimentos e óbitos são ocorrências de interesse da Vigilância em Saúde, que tem na concretude dos fatos sociais a base de programação em saúde.

O Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - CIEVS vinculado ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica atua diretamente/indiretamente na detecção, avaliação/verificação, monitoramento e resposta coordenada as emergências de saúde pública de importância estadual, nacional e/ou internacional.

Consideram-se emergência em saúde pública as seguintes situações:

- Doenças de alto risco epidemiológico iminente, isto é, que apresentem risco iminente de disseminação Estadual, que sejam produzidas por agentes infecciosos inesperados, que representem a reintrodução de doença eliminada ou erradicada, que apresentem gravidade elevada ou que extrapolem a capacidade de resposta da direção Municipal do Sistema Único de Saúde;
- Desastres naturais ou calamidades públicas; ou desassistência à saúde da população provocada por evento que, devidamente reconhecido mediante a decretação de situação de emergência ou calamidade pública pelo Município afetado, coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta da direção municipal do SUS.

Vigilância em **Saúde Ambiental** tem se estruturado com algumas áreas técnicas para identificar esses fatores de riscos ambientais de forma proativa numa forte atuação intersetorial, na prevenção, recuperação e promoção da saúde. Áreas técnicas em desenvolvimento na estrutura estadual e municipal: Populações expostas a áreas contaminadas, a poluição atmosférica e a substâncias químicas (agrotóxico); Vigilância da água para consumo humano e Desastres de origem natural.

A **Vigilância Sanitária - VISA**, enquanto ação de saúde de natureza preventiva atua sobre uma diversidade de objetos que estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde individual e coletiva, com o intuito de diminuir, eliminar ou controlar o risco sanitário. Deste modo, as ações de VISA perpassam todas as práticas sanitárias, exercendo uma função mediadora entre

os interesses da saúde e da economia, fazendo valer o princípio da supremacia do interesse público sobre o particular, contribuindo, assim, para a proteção e promoção da saúde da coletividade. Hoje de forma descentralizada para os municípios.

A implementação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – RENAST dar-se-á pela estruturação da rede de **Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST**, regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 2.728/2009, que está em consonância com os mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde e outros dispositivos normativos de gestão do SUS. Os CEREST são órgãos irradiadores desta política, fornecendo suporte técnico e científico a sua área de abrangência e retaguarda técnica para a região de abrangência para o desenvolvimento de ações de assistência, vigilância, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores. A vigilância se desenvolve coordenada pelo Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador – NEVISAT que tem como objetivo fomentar, coordenar e acompanhar a implantação das ações em Saúde do Trabalhador, além de promover ambientes e processos de trabalho saudáveis por meio de análises do perfil produtivo regionais, integração da área junto à Atenção Primária à Saúde e demais serviços de saúde, aumento de notificações dos agravos à saúde do trabalhador no SINAN e implantação da rede sentinela e controle social.

GESTÃO

A configuração do modelo para o ES que durante os últimos 10 anos se aprimora, difere do modo tradicional de organização dos sistemas de saúde, que trazia a organização hierárquica dos serviços está sendo substituída pela **organização em redes de serviços**, capazes de garantir a resolutividade que se fizer necessária para cada caso, para cada cidadão.

Na **Rede de Atenção à Saúde** todos os serviços têm importância e desempenham papéis específicos e fundamentais para o funcionamento do conjunto do sistema.

O desenho do sistema de saúde capixaba com base no conceito de redes de atenção regionalizadas deve acompanhar a seguinte conformação:

- **Atenção Primária** - deve estar presente em todos os 78 municípios capixabas com capacidade efetiva de disponibilização de cuidado ao maior número de problemas de saúde.

- **Consultas e Exames Especializados** – Os serviços de média e alta complexidade em termos de tecnologia, cirurgias mais complexas e demais recursos envolvidos, serão ofertados nas quatro Regiões de Saúde do estado, onde o conjunto de municípios que conformam territórios terão no mínimo população de 300.000 habitantes para otimização dos mesmos.

As cidades pólos, territórios de referência para o desenvolvimento regional, com vocação para o aumento da capacidade instalada para novos serviços de saúde, complementam a rede. Os novos investimentos serão priorizados de acordo com o perfil epidemiológico regional e as redes prioritárias locais.

Para responder às necessidades da população e impactar positivamente nos indicadores de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde elencou como **redes prioritárias**:

- Organização da Rede de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas;
- Organização da Rede de Atenção de Urgência e Emergência;
- Implantação da Rede de Atenção Materno-infantil.

A forma de organização em redes integradas está sendo possível através da implantação de uma diretriz clínica, ou seja, uma “linguagem” que permeia toda a rede de atenção à saúde, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada demanda. Algumas redes estão em desenvolvimento e ainda dependem da consolidação dos fluxos que se estabelecem entre os pontos de atenção.

Gestão do Conhecimento e da Informação

A informação é um recurso imprescindível à tomada de decisão no âmbito das instituições públicas e privadas. No caso das instituições públicas, esse prévio conhecimento é elemento indispensável para a compatibilização das políticas com as necessidades das populações.

A SESA percorre um caminho de definição dos lugares institucionais que melhor qualifique seus papéis e com o objetivo de conjugar sistemas afins segundo suas finalidades funcionais, a Secretaria de Estado da Saúde do ES tem em sua estrutura organizacional dois núcleos de sistemas de informação de saúde – o NESIS (Núcleo Especial de Sistemas de Informação em Saúde) e o NESIAS (Núcleo Especial de Sistemas de Informação Ambulatorial em Saúde). O primeiro processa dados relativos à informação de vigilância em saúde, utilizando para esse fim aplicativos como o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) e o segundo, processando dados relativos à assistência prestada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares, utilizam aplicativos como o SIA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial) e o SIH-SUS (Sistema de Informação Hospitalar).

Estes dois núcleos são responsáveis pela logística de dados, garantindo infra-estrutura e funcionalidade de aplicativos que permitam uma eficiente captação, armazenamento, processamento, reparação e difusão de dados desde as fontes municipais até o nível nacional, onde as políticas de saúde devem contemplar diferentes realidades no país.

O gerenciamento da Informação apresenta um certo grau de organização, principalmente o consolidado das informações originadas no nível municipal que torna-se ferramenta de suma importância para o Sistema Estadual de Saúde e o Sistema Nacional de Saúde, da vigilância e da regulação assistencial em saúde.

A condição inicial para a organização do Sistema Estadual de Saúde para promoção, prevenção e recuperação da saúde e que promova a equidade, necessita estar referenciado no conhecimento do perfil epidemiológico da população, ou seja, suas condições de vida, causas de adoecimento, de internações e demandas às unidades de saúde, além dos recursos existentes no território com capacidade de acesso e resolutividade. Isso permite caracterizar as necessidades de atenção à saúde e orientar a disponibilização dos serviços assistenciais, obedecendo ao grau de complexidade tecnológica e seu custo que neste referencial a rede de saúde passa a ser um conjunto integrado e articulado de serviços, distribuídos de forma regionalizada.

Regionalização

Para regionalizar um determinado espaço geográfico é de fundamental importância a observação das ações governamentais e as políticas públicas setoriais que tratam principalmente de melhorar a qualidade de vida da população e que amenizam as disparidades regionais, entretanto existem parâmetros que utilizados como referenciais, extrapolam as divisões formais administrativas e geográficas.

Para a gestão da saúde torna-se imperativo a adoção de novos modelos administrativos que garantam o cumprimento dos preceitos constitucionais. A estrutura orgânica da Secretaria de Estado da saúde do ES está na Lei 317 de 2004 que organizou o Sistema Estadual de Saúde, sendo modificada pelas Leis Complementares 348/2005, 407/2007 e 415/2007 e revistas em 2009 tentando adequar a estrutura organizacional as novas exigências que se colocam ao sistema.

A SESA se organiza em três Subsecretarias que se dividem em Gerencias em Núcleos Especiais. No Nível Regional atuam as Superintendências Regionais de Saúde, em numero de quatro, localizadas nos municípios de São Mateus - Região Norte, município de Colatina- Região Central, município de Vitória- região Metropolitana e em Cachoeiro do Itapemirim - Região Sul. Agrupar, estruturar e integrar os recursos organizacionais, definir a estrutura, estabelecer a divisão do trabalho através da diferenciação, definir os níveis de autoridade e de responsabilidade são parâmetros necessários para uma Gestão eficiente.

No Espírito Santo a decisão de rever a regionalização feita em 2003, se mostrou necessária a partir da inadequação de distancias e tempo para garantia do acesso aos serviços em grandes regiões, além da escala nos pequenos municípios que impediam a estruturação de serviços de media complexidade em microrregiões de saúde.

As Regiões de Saúde definidas a partir dos estudos realizados por um grupo técnico bipartite, a partir de referências nos documentos dos institutos de pesquisas estaduais e referenciais teóricos da epidemiologia, definiu as novas Regiões de Saúde do ES e em 10/11/2011 foi homologada pelo COSEMS e passa a ser território para a Programação Pactuada Integrada e do Plano Diretor de Investimento.

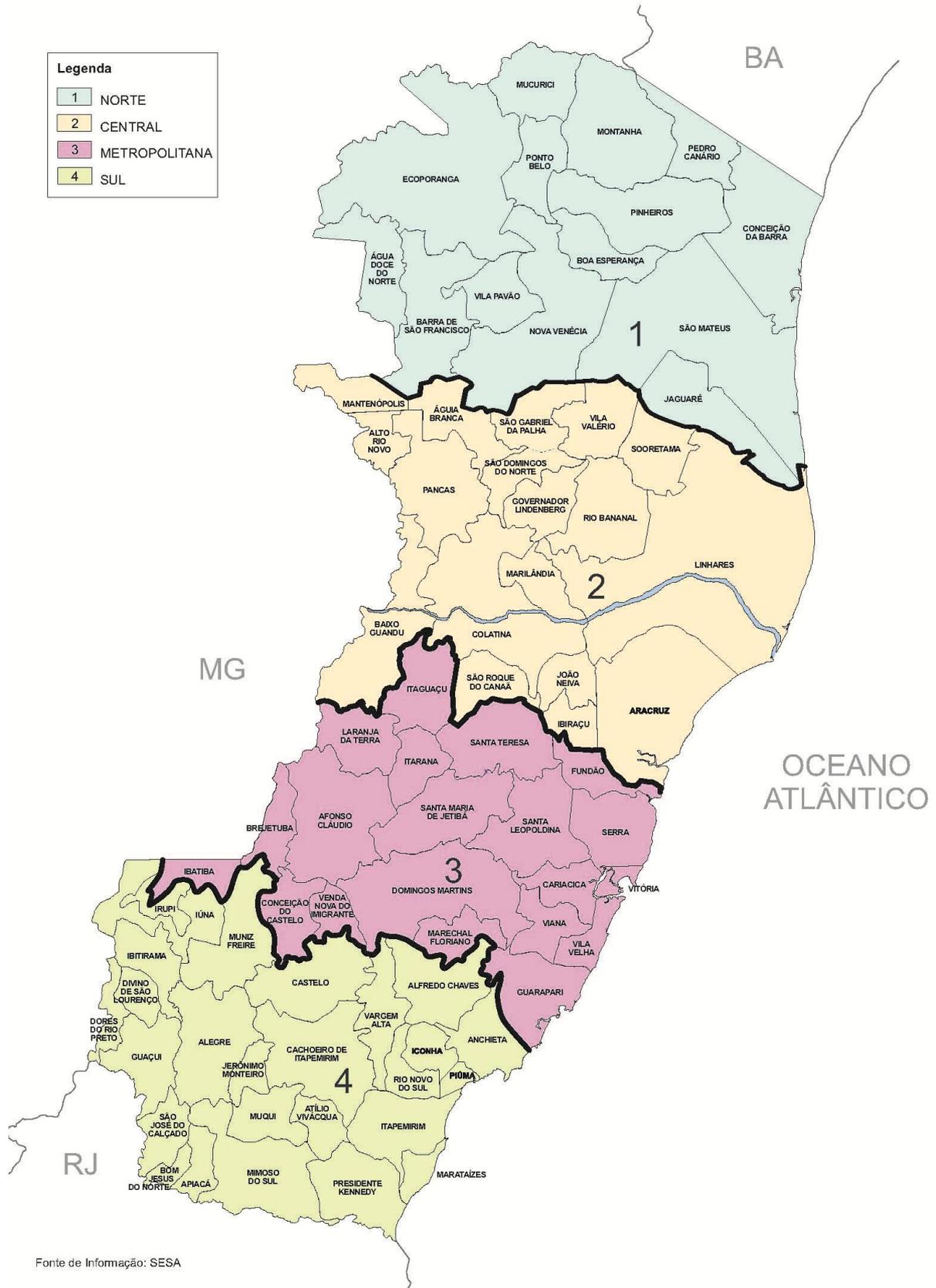
Desde 2006, o Planejamento do ES 2025, já apontava a regionalização como estratégia para o desenvolvimento e foi criado um Plano de Desenvolvimento da Rede de Cidades do Espírito Santo. Este Plano identificou as cidades - Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Linhares, São Mateus, Nova Venécia - pólos regionais - como uma rede estável onde o desenvolvimento se consolida e cada vez mais torna referencia para as demais cidades, além disso, apontou cidades com potencial de se tornarem subpolos regionais na medida em que se realizam investimentos nessas cidades. Neste referencial, a construção de regiões de saúde e redes de atenção á saúde terão possibilidades de evoluírem, na medida em que os investimentos para que as ações de saúde se direcionem para constituírem redes resolutivas de abrangência regional, com a cooperação entre as cidades.

A forma de cooperação pactuada no processo de consolidação do SUS (Pacto pela Saúde) colocou no centro do debate a capacidade dos entes federativos trabalharem de modo cooperativo e não competitivo, de conquistar a adesão das organizações da sociedade civil

para ampliar e fortalecer a legitimidade social e política do sistema público de saúde no Brasil. Com a regionalização o acesso da população aos serviços de saúde, será eficiente e efetivo, respeitando os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, de forma a se desenvolver sistemas regionais de saúde.

Em junho de 2011 foi publicado o Decreto 7.508 que regulamenta a Lei 8080 de 1990 e reafirmou a lógica dos compromissos entre os entes e as regiões de saúde o espaço para planejamento estratégico do território.

**Mapa 14: Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR.
Espírito Santo, 2011**



Fonte de Informação: SESA

No Brasil e no mundo a **gestão do Trabalho** tem ocupado posição estratégica no que se refere à tomada de grandes decisões institucionais. Os governos e as organizações voltadas para o interesse público enfrentam situações complexas, que exigem, a adoção de estratégias para a melhoria nas relações e na gestão do trabalho. Entretanto, esta é uma área permeada de conflitos e possibilidades, os quais interferem de forma decisiva na qualidade da prestação dos serviços oferecidos, particularmente nas organizações de saúde.

No Brasil, as instituições de saúde passam por grandes desafios tanto pelo dinamismo do setor e a real universalização do acesso, garantida na Constituição Federal, que impulsionado pelo momento econômico favorável, incluiu pessoas que sequer tinham contato com serviços de saúde.

Além disso, a rápida e crescente incorporação de novas tecnologias e a necessidades de educação permanente dos trabalhadores, coloca bem claro a importância de rever as relações de trabalho tornando imperiosa uma política de valorização dos trabalhadores, principalmente com a implantação de um Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos.

Esse cenário de desafios, relacionados ao campo da gestão e da formação de recursos humanos se não for bem equacionadas são apontados como os principais fatores que levam à desqualificação e a precarização dos serviços e conseqüente baixa qualidade na assistência à saúde da população.

Isso se traduz na realidade para todo corpo de trabalho atual da SESA, hoje composta por 6.730 trabalhadores efetivos, 3.152 contratados, 471 comissionados e funções gratificadas. Para o ano de 2012, há previsão de realização de concurso público, contemplando diversas categorias e formação de trabalhadores que ingressarão no quadro da SESA.

Nesse panorama é fundamental o fortalecimento da política de recursos humanos que desenvolva, monitore, avalie competências e habilidades, e que deve contemplar esse referido grupo de profissionais já em atividade, acolhimento dos novos trabalhadores que retenha e recompense essa força de trabalho. Paralelamente deverá adotar uma política que valorize aqueles servidores que estão próximos da aposentadoria e acumulam experiência no serviço e que podem contribuir com os novos ingressantes.

A gestão de pessoas deve desenvolver a política de gestão do trabalho para qualificar e valorizar o servidor de forma universal. Assumindo o papel de articular e fomentar junto aos municípios políticas locais, alinhadas com a política estadual e nacional, por meio de programas, estratégias e projetos de formação, capacitação, aperfeiçoamento, especialização, assessoria permanente, pactuando em espaços legitimados como as Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço - CIES; considerando os princípios da Humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho; garantindo e legitimando espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional; adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação dos vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

A questão da **regulação**, nos instrumentos normativos mais recentes do SUS, tem merecido destaque nas suas várias dimensões: sobre sistemas de saúde, na atenção à saúde e sua face de cunho mais operacional na rotina dos serviços, compreendendo a regulação do acesso ou assistencial, entre elas a regulação das atividades dos prestadores privados, sejam eles com ou sem finalidade lucrativa, uma vez que a assistência pública é garantida não apenas diretamente por meio de unidades de saúde estatais, mas também de forma complementar ao SUS, por meio de prestadores privados contratados ou conveniados.

As iniciativas e proposições de mudanças para uma nova forma de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a rede de prestadores de serviços de saúde ganharam maior força com a edição do Pacto pela Saúde que tinha a forte intenção de resgatar os princípios doutrinários e organizativos do SUS legal, com ênfase nas necessidades de saúde da população em função da integralidade na atenção, reforçada pelo recentemente editado Decreto Federal n. 7.508/11. Isto requer um processo de planejamento e uma programação assistencial — Programação Pactuada e Integrada — elaborados de tal forma que se possa garantir a saúde individual para cura, controle, recuperação e reabilitação, quando o dano já estiver instalado e saúde coletiva para situações que envolvam um maior contingente populacional, como, por exemplo, as ações de vigilância em saúde.

Neste contexto, a regulação do acesso entra neste momento especial do processo assistencial, guardando uma estreita relação com o planejamento, o controle, o monitoramento e a

avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, com vistas à garantia da assistência integral aos usuários do SUS.

A regulação, então, se configura como ação mediadora capaz de viabilizar a atenção ao indivíduo, oportunamente, e propiciar êxito técnico e sucesso prático no atendimento às demandas postas pelos profissionais aos serviços de saúde, necessárias para a recuperação, cura ou controle da doença ou agravo, por meio da assistência clínica individual. Para prover e garantir a atenção demandada, essas ações exigem da gestão e dos gestores robustos mecanismos de regulação, em seu senso mais operacional na rotina dos serviços, que funcionem de forma articulada e sintonizada em toda a rede prestadora de serviços, para garantir o sucesso prático dessas ações de saúde. seja no planejamento seja na execução ou na avaliação de todo este processo assistencial.

Entende-se que, numa perspectiva mais restrita, a microrregulação ou regulação assistencial, traduz o cotidiano do sistema, de cunho mais operacional em observância às regras gerais estabelecidas na macrorregulação (de sistemas). Esta idéia é complementada ao afirmar-se que, em um sistema assistencialmente regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema, por meio das ações regulatórias. Para tanto se faz necessário que o sistema assistencial de saúde esteja organizado em redes, que haja um planejamento e programação assistencial atualizado sistematicamente e um sistema regulatório eficiente para ser capaz de inserir e acompanhar e garantir o acesso do usuário a todos os serviços e ações de que necessitar.

O direito à atenção integral é garantido a todos os cidadãos, portanto a demanda por recursos assistenciais, principalmente as tecnologias biomédicas de média e alta complexidade, seja pela busca direta do cidadão ou referenciada pela gestão, requer a organização — planejamento, financiamento, controle e avaliação, monitoramento e regulação — do setor saúde para responder a essas necessidades dos diversos segmentos populacionais beneficiários dos serviços públicos de saúde.

Os Complexos Reguladores

A disponibilização de serviços especializados oportunamente — no lugar, no tempo certo, na quantidade e qualidade adequadas — deve ocorrer, preferencialmente, em ambientes ambulatoriais, reservando os ambientes hospitalares para situações de maior risco. A atenção especializada deve ocorrer, idealmente, em serviços de saúde especializados, dotados de equipes e equipamentos adequados, além de aspectos inerentes à humanização e qualidade na atenção.

A definição por um ou outro estabelecimento de saúde para o atendimento às necessidades dos usuários não deve se dar de forma aleatória, erraticamente. O lugar, o tempo, os equipamentos, a qualidade dos equipamentos e da equipe técnica requer a organização do sistema em redes de atenção, devidamente perfilizadas clinicamente, com fluxos assistenciais previamente definidos e com pessoal técnico capaz de presumir a gravidade de cada caso por meio da classificação de risco dos pacientes, com decisões clínicas orientadas por protocolos clínicos e de regulação do acesso, sempre baseados em evidências científicas.

O acesso a alguns tipos de especialidades ou de procedimentos diagnósticos e terapêuticos vem sendo dificultado seja pela baixa oferta de serviços, seja por dificuldades de acesso, seja por desorganização do sistema de saúde, gerando filas expectantes muitas vezes deletérias para a saúde dos usuários. Além das dificuldades de capacidade instalada que resultam em baixa oferta, ainda há o limitante do financiamento insuficiente, pois mesmo num cenário de oferta suficiente os recursos financeiros disponíveis podem levar à impossibilidade de atendimento integral às necessidades da população.

Para o atendimento à população, quando de suas necessidades, a regulação no âmbito do SUS, tal como vem recebendo um tratamento específico nos últimos instrumentos normativos vem desencadeando um conjunto de atividades, visando implantar Complexos Reguladores e respectivas centrais de regulação. Nesta perspectiva, a regulação assistencial encontra-se repartida tematicamente em regulação das urgências e emergências; regulação do acesso às internações e aos leitos hospitalares para o controle da disponibilidade, acessibilidade e utilização desses leitos; de consultas especializadas; de exames para apoio diagnóstico; de

tratamentos fora dos domicílios e transporte sanitário; de transplantes de órgãos e a medicamentos especiais, dentre outros de igual importância.

Todas estas ações de regulação do acesso comporão o Complexo Regulador do ES, que se constituirá em uma estrutura mediata da gestão, tecno-assistencial, que atuará intermediando a relação entre os vários serviços que compõem as redes de atenção, determinando o fluxo dos usuários no sistema e gerando um canal de comunicação aberto junto à população. Por meio do Complexo Regulador, as demandas por tecnologias biomédicas são recebidas, avaliadas e classificadas segundo o risco — equidade — e a resposta fornecida oportunamente, de acordo com as necessidades de cada situação singular, com o conseqüente acompanhamento da solução para o alcance do êxito final da intervenção.

O Complexo Regulador será uma macroestrutura que agregará todas essas ações da regulação do acesso à assistência, de modo articulado e integrado, gerenciando adequadamente a demanda e a oferta dos serviços disponíveis, sempre levando em conta o risco e avaliando as necessidades reais em saúde. Essa estrutura permitirá a integração dos dispositivos de regulação do acesso, como as centrais operacionais de regulação e outras unidades de trabalho, os protocolos integrados, que associam a clínica com os fluxos operacionais, com outras ações necessárias à atenção à saúde como: cadastramento de estabelecimentos, prestadores e usuários, contratualização da rede complementar, controle e avaliação, auditoria clínica, bem como com outras funções de gestão, como o planejamento e programação assistencial — Programação Pactuada e Integrada — monitoramento e avaliação assistencial, próprios de um processo de regionalização.

O Complexo Regulador Estadual terá início de sua implantação em 2013, será implantado em consonância com o desenho da regionalização estadual, como também das redes de atenção à saúde, desde a atenção básica, até a mais complexa atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Terá abrangência estadual para internações e regionais para a atenção ambulatorial, TFD e transporte sanitário. Os municípios serão estimulados a implantarem seus processos regulatórios, por meio de uma política de incentivo, com o objetivo de se ter no Estado uma rede integrada de unidades regulatórias, com informações acerca dos serviços SUS e não SUS e da oferta disponível de recursos assistenciais, para melhor qualificar e agilizar o atendimento às necessidades da população, com priorização, conforme já mencionado, para

as situações de risco iminente de vida. Estes níveis de abrangência e a respectiva gestão devem se objeto de pactuação intergestores, em processo democrático e solidário, entre as diferentes esferas de gestão do SUS estadual.

O Complexo Regulador Estadual tem como objetivos principais:

- Organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde mais adequados e oportunos, com base nos protocolos clínicos;
- Organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-la às necessidades e demandas da população;
- Oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Subsidiar o processo de controle e avaliação;
- Subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada – PPI e sua sucedânea – a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde - PGASS
- Reorientar o planejamento das ações e serviços de saúde;
- Dar transparência a suas ações, por meio do Portal de Transparência do SUS Estadual.

Todos os municípios deverão organizar a regulação do acesso em observância às diretrizes da regulação da atenção à saúde, entretanto nem todos contarão com complexos reguladores em seu território. Neste sentido, todos os municípios devem organizar uma atenção básica resolutiva e, quando esgotada essa capacidade resolutiva, sejam capazes de encaminhar a população para serviços de referência, por meio de protocolos e/ou fluxos operacionais de regulação, ainda que os estabelecimentos não estejam localizados em seu território.

São atribuições primordiais do Complexo Regulador Estadual: fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; efetivar o controle dos limites físicos e financeiros da programação assistencial; estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e executar a regulação médica do processo assistencial. Todas essas atividades se desenvolvem no âmbito de Centrais de Regulação.

A Central de Regulação é uma estrutura tecno-assistencial, que compreende todas as ações mediatas, que se interpõem entre os interesses dos usuários e a rede de prestadores de serviços de saúde, para a garantia de acesso do usuário à melhor alternativa terapêutica, ou seja, é o lócus operacional do processo regulatório que recebe as solicitações de atendimento, avalia, classifica o risco, processa e agenda, garantindo o atendimento de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento do perfil clínico de cada um dos serviços da rede e de sua capacidade resolutiva.

Um processo regulatório qualificado necessita estar ancorado em um sistema de informação fidedigno e atualizado sobre a capacidade de oferta de serviços de cada um dos pontos da rede. Estas informações em tempo real são fundamentais no processo de regulação, pois possibilitam identificar os déficits e as falhas do sistema. Neste sentido a SESA já optou pela utilização do SISREG – sistema operacional informatizado do Ministério da Saúde – que terá início de sua implantação em 2012, iniciando pelo módulo ambulatorial até se completar em 2012 com a implantação do módulo hospitalar.

As Centrais de Regulação tem como objetivo, de âmbito mais geral, gerenciar as ações de saúde ambulatoriais que não tem resolubilidade na APS, ou seja, no encaminhamento do usuário na rede de serviços de saúde, de tal forma que possa ter acesso aos recursos assistenciais de que necessitar oportunamente: consultas, exames especializados, terapias, procedimentos, cirurgias, transplantes, medicamentos do componente especializado, tratamentos fora do domicílio interestadual e intermunicipal, dentre outros. Tem como objetivos mais específicos:

- Exercer a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes no Sistema de Saúde;
- Registrar em sistema de informações próprio da regulação do acesso e dar respostas às solicitações recebidas no seu escopo de atuação, ou seja, para as internações de urgência, emergência e eletivas, consultas e exames especializados, disponibilizados pelo setor público e privado contratualizado;
- Facilitar o acesso aos serviços de saúde existentes, de forma equânime e tecnicamente qualificada, identificando a alternativa assistencial mais apropriada às necessidades

demandadas pelos usuários, a partir das definições tecno-científicas constantes em Protocolos de Regulação;

- Contribuir para um acesso mais ágil e responsável, a menor distância e facilidade de acesso para o paciente e seus familiares, favorecendo as premissas de acolhimento e humanização do atendimento;
- Contribuir para um processo pedagógico no sistema de saúde permanente de aplicação dos Protocolos Operacionais junto às Unidades Solicitantes, interagindo na troca de informações, visando a resolutividade mais apropriada para cada caso;
- Promover a equidade do acesso, garantir a integralidade da assistência e ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, otimizando os recursos;
- Agilizar e qualificar o fluxo de acesso do cidadão aos serviços e ações de Alta e Média Complexidade em saúde de forma organizada;
- Exercer a função de alerta do sistema de saúde, identificando situações que mereçam a atuação dos serviços da Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Controle e Avaliação e Auditoria, emitindo “sinais de alerta”, num trabalho articulado e solidário;
- Subsidiar o processo de planejamento e gestão da saúde na produção de informações ágeis e com qualidade, sobre a demanda/oferta de serviços de saúde e sobre o fluxo de pacientes, sinalizando de forma sistematizada as principais carências de investimento tecnológico, fornecendo subsídios para o processo da Programação Pactuada Integrada – PPI ou outra que vier a sucedê-la;
- Incorporar a Programação Pactuada e Integrada – PPI e o Plano Diretor de Regionalização – PDR no processo regulatório, disponibilizando informações sobre as referências entre municípios;
- Instrumentalizar e apoiar o processo de regionalização e hierarquização das ações de saúde no Estado;
- Monitorar os fluxos intermunicipais dos usuários, garantindo o acesso às ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, respeitando as diferentes necessidades;
- Referenciar demandas aos setores competentes da gestão quando os recursos pactuados/referenciados no território abrangido pela Central forem insuficientes para garantir do acesso dos cidadãos aos recursos/tecnologias assistenciais;
- Monitorar o cumprimento efetivo dos termos de compromisso intergestores, principalmente as responsabilidades assistenciais do Contrato Organizativo da Ação

Pública de Saúde – COAP, para a garantia de acesso, por meio de relatórios com informações mensais das referências intermunicipais;

- Possibilitar o Controle e Avaliação e o acompanhamento dos limites financeiros definidos pela Gestão e executados pelos prestadores de serviços de saúde;
- Consolidar e analisar os relatórios estatísticos emitidos periodicamente e encaminhá-los aos setores competentes — planejamento, controle e avaliação e auditoria clínica — conforme necessidades e demandas;
- Identificar e alertar os gestores de saúde sobre os pontos de estrangulamento na assistência à saúde a partir da ocorrência e monitoramento de “filas de espera” de usuários — demanda reprimida — em determinadas situações e regiões;
- Alertar sobre a necessidade de revisão dos protocolos que se mostrarem inviáveis em sua utilização diária seja em sua totalidade ou em partes;
- Alerta os órgãos competentes quando identificadas situações que mereçam intervenção destes;

As Centrais de Regulação que compõem o Complexo Regulador Estadual são:

- Central de Regulação de urgências pré-hospitalares - SAMU;
- Central de Regulação de internações de urgências e emergências e eletivas;
- Central de Regulação de consultas, exames e procedimentos especializados de média complexidade;
- Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
- Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos para Transplantes - CNCDO;
- Central de Transporte Sanitário de Urgências e Eletivas;
- Outras de acordo com os arranjos institucionais e Modelo de Organização do sistema de saúde estadual.

Planejamento

O planejamento vem sendo paulatinamente apropriado por gestores e profissionais de saúde como função estratégica para ampliar a capacidade resolutiva do SUS, notadamente a partir 2006, quando teve início a implementação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). A concepção e desenvolvimento desse sistema pressupõem a organização de instância

responsável pela condução dos processos envolvidos na função planejamento à qual, sob a orientação do gestor correspondente, no âmbito interno de sua instituição – SMS, SES e MS .

O sistema de planejamento tem sua expressão concreta no processo de formulação, monitoramento e avaliação dos **instrumentos básicos do SUS** (Plano de Saúde - PS, Programação Anual de Saúde - PAS e Relatório Anual de Gestão - RAG) e **de governo** (Plano Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA).

A discussão do planejamento e da sua reorganização do sistema de saúde, tem sua reestruturação no Decreto Federal nº 7508 de 28 de junho de 2011 que “Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências”, trazendo grande desafio para as três esferas de governo que é a concretização dos instrumentos de organização e responsabilização da gestão, com contrato formal, de forma pactuada observando pressupostos descritos neste decreto:

“Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde”.

O Estado deverá adotar a lógica do **planejamento integrado**, de base regional, precedido de diagnóstico para a alocação de todos os recursos disponíveis segundo as reais necessidades dos cidadãos, principalmente os financeiros, no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade. Este processo de planejamento integrado deve ter como essência e imagem objetivo a prestação de serviços para a atenção integral à população o mais perto possível de onde reside, portanto nos espaços regionais.

Financiamento

O financiamento, a distribuição dos recursos com Equidade vem sendo objeto e pauta de discussão freqüente, nas três esferas de Gestão. A desconcentração, as modalidades de financiamento e sua alocação são debates necessários, mas ainda incipiente no ES e no Brasil.

Um sistema de saúde com as características do SUS – que deve prestar atenção universal, integral e equânime – demanda um financiamento sustentado para cumprir a sua finalidade e alcançar os seus objetivos.

Em 2008, o gasto público em saúde nas três esferas de governo correspondeu a cerca de R\$ 559,02 por habitante/ano para custear o acesso universal e o atendimento integral a cerca de 189,6 milhões de brasileiros.

É fato a evolução da participação dos entes federados no gasto público de saúde. Verifica-se que a União reduziu a sua participação de cerca de 60% para cerca de 45% do gasto total. Os estados e os municípios a aumentaram em 7% e 8%, respectivamente.

Tabela 15: Participação Percentual dos Entes Federados no Gasto Público em Saúde

Ano	% União	% Estados	% Municípios
2000	59,8	18,5	21,7
2001	56,1	20,7	23,2
2002	52,6	21,9	25,6
2003	51,0	22,8	26,3
2004	50,2	24,6	25,2
2005	49,8	23,1	27,1
2006	48,5	23,6	27,9
2007	47,5	24,2	28,3
2008	44,7	25,6	29,7

Fonte: Siops e SPO/MS.

A garantia de regularidade e de expansão dos gastos públicos com ações e serviços de saúde, no gasto total do setor, é fator fundamental para melhorar o desempenho do SUS.

Conforme a Emenda Constitucional nº 29/2000 e a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o disposto no § 3º do art. 198 da Constituição Federal, os Estados deverão aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação

dos impostos a que se refere o art. 155 (ITCMD, ICMS, IPVA) e dos recursos de que tratam o art. 157 (IRRF), a alínea “a” do inciso I (IR e IPI) e o inciso II (IPI) do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Em relação aos recursos já aplicados, conforme tabela abaixo, referente ao período de 2002 a 2011, observa-se o crescente aumento dos gastos de recursos em saúde e, verifica-se também, que o Estado do Espírito Santo vem cumprindo a aplicação do percentual mínimo obrigatório em ações e serviços públicos de saúde conforme estabelecido pela EC nº 29/2000.

Tabela 16: Recursos Aplicados em Saúde - Período 2002 a 2011

Exercício	*EC 29/2000 % aplicado	Evolução da Aplicação Rec Estadual	Fonte 0104/2104/4104 - Tesouro Estadual	Outras Fontes (0101, 0141, 0142, 0271 e 0273)	Fonte 0135 - SUS Produção	Fonte 0134 - Incentivo SUS	Fonte 0133 - Convênios Federais	Total
2002	12,25%	-	213.628.010	-	49.175.399	6.306.783	7.579.741	276.689.933
2003	12,43%	33%	284.314.628	108.854	44.856.498	2.185.090	6.942.769	338.407.840
2004	12,23%	15%	326.520.132	635.146	55.826.762	3.824.424	3.805.814	390.612.278
2005	12,05%	34%	437.781.509	686.042	193.121.472	5.169.074	3.935.075	640.693.173
2006	12,57%	13%	492.552.984	248.720	234.827.038	9.250.135	1.163.600	738.042.476
2007	12,23%	12%	551.078.229	268.162	248.990.081	7.699.444	4.438.196	812.474.112
2008	12,51%	21%	668.865.522	69.143	304.172.703	7.655.006	7.478.134	988.240.507
2009	14,18%	11%	739.274.329	24.210.258	370.106.415	8.264.963	1.315.878	1.143.171.843
2010	14,91%	20%	889.188.210	45.988.556	416.917.170	5.917.576	1.567.900	1.359.579.412
2011	15,02%	14%	1.017.355.072	66.453.220	407.742.914	6.935.677	1.877.913	1.500.364.796

Fonte: Informações extraídas do Siafem/Sefaz-ES – valores em R\$

*Percentual de acordo com os RREO's publicado pela Sefaz-ES

Para os próximos quatro anos, o Estado tem a previsão de aplicar 4,1 bilhões de reais em saúde, considerando somente os recursos de caixa do tesouro.

Tabela 17: Previsão de Aplicação em Saúde com Recursos de Caixa do Tesouro Estadual

Ano 2012	Ano 2013	Ano 2014	Ano 2015	Total
922.537.380	992.973.110	1.068.786.607	1.150.388.465	4.134.685.562

Fonte: Ofício nº 146/2011 da Secretaria de Estado de Economia e Planejamento - SEP

Ao considerar todas as fontes de recursos (arrecadação própria do estado, transferências federais e outras), a previsão de aplicação em saúde pelo Estado nos 4 anos é de 6,4 bilhões de reais.

Tabela 18: Previsão de Aplicação em Saúde com Recursos de Todas as Fontes

Ano 2012	Ano 2013	Ano 2014	Ano 2015	Total
1.460.501.933	1.550.064.331	1.665.991.817	1.789.423.068	6.465.981.149

Fonte: Projeto de Lei do PPA 2012-2015

O Espírito Santo, semelhante a outros estados, teve evolução significativa na aplicação de recursos na saúde, reafirmando as metas colocadas pela gestão na ampliação de sua capacidade assistencial.

A ampliação da **participação social** com vistas ao aprimoramento do SUS e a consolidação das políticas de promoção de equidade em saúde e fortalecimento dos conselhos de saúde são focos prioritários na gestão do SUS.

Na continuidade dos avanços históricos do SUS em direção a uma gestão participativa efetiva, as **Ouvidorias** e a constituição de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS são estratégias para construção de novo modelo de gestão, que incluem na sua base a participação comunitária, consoante com princípios e diretrizes inscritos na Constituição Federal e fundamentados na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS). A Ouvidoria SUS/SESA vem sendo implantada/implementada ao longo dos últimos anos, articulando-se com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES/MS no sentido de adequar-se às normas e fluxos estabelecidos no âmbito do SUS para efetivar e qualificar a escuta ao usuário, como estratégia de fortalecimento da gestão participativa e controle social no SUS.

Tabela 19: Atendimentos realizados pela ouvidoria no período 2010-2011

Serviço Utilizado	2010	2011*	% Variação
Sistema Ouvidor SUS/MS	169	145	-16,6%
Ouvidoria Geral – SEGER/ES	16	20	+ 25,0%
Demanda Espontânea	59	104	+76,3%
Demanda encaminhada por ouvidorias municipais	-	05	-
Total	244	374	+ 53,3%

Fonte: SESA/Ouvidoria – dados preliminares

A participação social no SUS no Estado do Espírito Santo se formalizou mediante uma rede estadual de **Conselhos de Saúde** que tem como função central a defesa dos princípios de universalidade, equidade e descentralização que alicerçam o SUS. Através dos conselheiros se dá a participação da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde, garantida a partir da Lei nº. 8.142, de 28/12/1990, que instituiu os Conselhos e as Conferências de Saúde como instância de controle social do SUS nas três esferas de governo nacional, municipal e estadual. A Lei Nº. 7.964, de 27 de dezembro de 2004, redefine a composição e competências do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES. Atualmente o CES/ES possui 24 conselheiros titulares, 12 representando os Usuários, 06 Trabalhadores da Saúde e 06 Gestores e Prestadores de Serviço. A representação está assim distribuída:

I - dos representantes dos usuários - na proporcionalidade de 50% (cinquenta por cento) - 12 (doze) membros:

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

- 01 (um) representante de entidades ou Organizações Não-Governamentais - ONGs que congregam os ambientalistas;

II - dos representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde/SUS/ES - na proporcionalidade de 25% (vinte e cinco por cento) – 06 (seis) membros:

- 02 (dois) representantes da Secretaria de Estado da Saúde - SESA, 01 (um) deles o titular da pasta;
- 02 (dois) representantes dos prestadores de serviços filantrópicos ou santas casas ou serviços privados contratados do SUS;
- 01 (um) representante do Governo Federal - Ministério da Saúde ou Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM;
- 01 (um) representante do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo – COSEMS/ES;

III - dos representantes dos profissionais de saúde – na proporcionalidade de 25% (vinte e cinco por cento) - 06 (seis) membros:

- 06 (seis) representantes do conjunto das entidades sindicais estaduais que representam os profissionais da área de saúde.

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

Compondo ainda a rede de participação popular no SUS Capixaba temos instituído por meio da Portaria N°. 340-R os Conselhos Gestores de Unidades Estaduais de Saúde.

Existem 19 (dezenove) Conselhos Gestores, coordenados pelo CES/ES assim distribuídos: Conselho Gestor do Hospital Antônio Bezerra de Farias - HABF; Conselho Gestor do Centro Regional de Especialidades de Vila Velha – CREVV; Conselho Gestor do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo - CREFES; Conselho Gestor do Hospital Infantil Alzir Bernardino Alves -

HIMABA; Conselho Gestor do Hospital São Lucas - HSL; Conselho Gestor do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória - HINSG; Conselho Gestor do Hospital Dório Silva - HDS; Conselho Gestor do Hospital Estadual de Atenção Clínica - HEAC; Conselho Gestor do Hospital São José do Calçado - HSJC; Conselho Gestor do Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides – CAPAAC; Conselho Gestor do Hospital Silvío Ávidos - HSA; Conselho Gestor da Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro - UIJM; Conselho Gestor do Hospital Dr. Rita de Cássia - HDRC; Conselho Gestor do Centro Regional de Especialidades de Cachoeiro de Itapemirim - CRECI; Conselho Gestor do Hospital Roberto A. Silveiras - HRAS; Conselho Gestor do Centro Regional de Especialidades de Vitória - CREV; Conselho Gestor do Centro Regional de Especialidades de Colatina – CREC/Superintendência Regional de Saúde de Colatina – SRSC; Conselho Gestor do Hospital Dr. João dos Santos Neves - HJSN; Conselho Gestor do Centro Regional de Especialidades de São Mateus – CRESM/Superintendência Regional de Saúde de São Mateus – SRSSM. Em sua composição os Conselhos Gestores são formados por 03 (três) Profissionais de Saúde, 04 (quatro) representantes dos Usuários e o Gestor da Unidade.

DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

DIRETRIZ 01 – GARANTIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, COM APRIMORAMENTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

OBJETIVO: Ampliação da atenção primária, organizada em redes, visando à qualificação das práticas e da gestão do cuidado, de forma a assegurar a resolubilidade dos serviços prestados.

METAS:

- Implantar o Monitoramento e Avaliação da Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde nos 78 municípios;
- Implantar apoio institucional nas 4 Regiões de Saúde para assessoria e qualificação da Atenção Primária à Saúde nos 78 municípios;
- Implantar Prontuário Eletrônico em 100% dos municípios;
- Construir e reformar Unidades básicas de Saúde em parcerias com os municípios;
- Implantar a rede de atenção oncológica, priorizando os cânceres sensíveis à atenção primária;
- Atingir 100% de Cobertura dos Nascidos Vivos com o Programa Estadual de Triagem Neonatal;
- Ampliar de 52,6% para 60%, a cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família, aumentando a cobertura na Atenção Básica de 77,5% para 80%;
- Ampliar de 38,5% para 60 % a cobertura populacional por Equipes de saúde Bucal, expandindo em 15% a cada ano;
Implantar programa de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal nos 78 municípios;
- Municipalizar a gestão das ações básicas de saúde nos estabelecimentos prisionais e de internação sócio educativa, para municípios sede destas unidades;
- Organizar a rede de Atenção Oftalmológica com garantia de implantação de protocolos clínicos das patologias mais prevalentes como causa de cegueira: Catarata; Degeneração Macular Relacionada a Idade - DMRI; Retinopatia Diabética e Glaucoma;
- Garantir atenção a média e alta complexidade a 284.720 dos homens, oferecendo 1300 ultrassonografias/ano, 1500/ano biopsias de próstata e 220 vasectomias;
- Garantir em 100% a oferta de medicamentos e insumos para diabéticos e hipertensos, de acordo com o elenco padronizado pelo MS e Diretrizes Clínicas estaduais;
- Garantir em 100% dos municípios a orientação e acesso aos métodos contraceptivos sem restrição, de acordo com a aprovação do Consenso para Atenção Integral à Saúde do Adolescente: aspectos éticos e legais;
- Fomentar em 100% dos municípios o mapeamento das famílias com adolescentes consideradas de

vulnerabilidade social de acordo com a classificação de risco;
- Implantar a Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência;
- Implantar a Rede de Cuidado a Pessoa Idosa;
- Implantar a Atenção Domiciliar para pessoas idosas em 50% dos municípios que possuem a Estratégia Saúde da Família;
- Realizar exames de “Teste do suor” para confirmação diagnóstica da Fibrose Cística em todos os recém nascidos com IRT positivo;
- Ampliar de 34 para 78 os municípios capixabas com pelo menos um ponto de Telessaúde implantado.

DIRETRIZ 02 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, COM IMPLANTAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

OBJETIVO: Consolidar a Rede de Atenção as Urgências e Emergências com garantia de acesso nos pontos de atenção qualificado para atendimento desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade.

METAS:

- Expandir em 100% o SAMU para a Região Metropolitana do Estado (Os 10 municípios que ainda não possuem o serviço: Santa Leopoldina; Santa Maria de Jetibá; Itarana; Itaguaçu; Santa Teresa; São Roque do Canaã; Laranja da Terra; Afonso Cláudio; Brejetuba e Ibatiba);
- Implantar o SAMU em 100% da Região Sul do Estado (Implantar nos 24 municípios: Alegre, Alfredo Chaves, Apiacá, Atílio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Iconha, Ibitirama, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta);
- Implantar o SAMU em 100% da Região Norte e Central do Estado;
- Implantação da Rede de atenção às Urgências nas 04 regiões de saúde;
- Implantação das linhas de Cuidado do trauma, AVC, IAM e Abdômen Agudo nos serviços pré hospitalares e as portas de entrada de referencia (Hosp.);
- Implantação do Programa de Atenção Domiciliar em parceria com municípios para 100% dos pacientes que necessitem de cuidados de menor complexidade;
- Organização do atendimento de urgência e emergência em Oftalmologia.

DIRETRIZ 03 – IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA COM ÊNFASE NA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

OBJETIVO: Qualificação de atenção à gravidez, parto/nascimento e puerpério e suas intercorrências, de acordo com a organização das práticas de saúde recomendadas pelo Ministério da Saúde e o Programa Bem Nascer na perspectiva da promoção da saúde, prevenção e assistência as mulheres e crianças, amparados nos princípios da humanização e inclusão de mulheres, crianças e adolescentes vulneráveis.

METAS:

- Reduzir Mortalidade Infantil em 5% a cada ano considerando o CMI de 11.92/1000 nascidos vivos em 2011;
- Reduzir Mortalidade Materna de 60,36/100.000 nascidos vivos em 2011 em 5% a cada ano;
- Garantir a atenção ao pré-natal, parto e puerpério a 100% das gestantes inserindo as adolescentes na implantação das ações previstas na Rede Cegonha;
- Estabelecer rede de referência ao parto em 22 maternidades no Estado, abrangendo 100% dos municípios;
- Implantar casas da gestante (puérpera e recém nascido);
- Implantar 2 centros de parto normal, introduzindo ações de práticas integrativas para a assistência à mulher e à criança;
- Implantar e implementar leitos canguru nas maternidades que serão referência em gestação/parto de alto risco na rede de atenção materno-infantil/rede cegonha;
- Implantar e adequar Banco de Leite Humano em Maternidades Referência, na Rede de Atenção Materno-Infantil/Rede Cegonha, em Gestação/Parto de Alto Risco;
- Capacitar 100% dos profissionais de saúde que atuam nas 21 maternidades de referência para a rede de atenção materno infantil/rede cegonha em reanimação neonatal;
- Investigação de 100% dos óbitos maternos e de mulheres em idade fértil com causa presumível de óbito materno;
- Manter a proporção de 75% de investigação dos óbitos infantis e fetais;
- Implantar as ações da rede de atendimento as vítimas de violência em 100% dos municípios com mais de 80.000 habitantes;
- Aumentar anualmente a detecção de casos de sífilis congênita em relação ao número de casos esperados (60 casos/ano) e o tratamento da gestante com sífilis, reduzindo a transmissão vertical da Sífilis para 1/1000 nascidos vivos;
- Reduzir a taxa de detecção anual de AIDS em menores de 5 anos de 3.8 por 100.000 (3 casos em

2011) para 2,4% por 100.000 até 2015;
- Reduzir a incidência de casos de AIDS na população feminina em 5% ao ano a partir de 2011 - 161 para até 20 casos/ano em 2015;
- Detectar 100% casos de sífilis em gestantes (aumento do teste rápido no pré natal);
- Detectar 100% casos de HIV em gestantes;
- Inserir praticas corporais (do in e shantalla) na rede de atenção a saúde da mulher e da criança (Hospital Dório Silva, Himaba, Centro de Parto Normal).

DIRETRIZ 04 – ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO AOS DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

OBJETIVO: Garantir acesso humanizado e efetivo aos portadores de transtornos mentais e dependência química preservando sua integralidade e autonomia.

METAS:

- Implementação da Rede De Atenção Psicossocial – RAPS;
- Organizar o acesso para a atenção em Saúde Mental /ou uso prejudicial de álcool e outras drogas em parceria com 78 municípios;
- Promover a assistência integral especializada para as pessoas em situação de sofrimento mental e as com problemas de saúde relacionados ao uso de álcool de outras drogas que necessitem de cuidados no nível de complexidade ambulatorial (para 2,2% da população do ES, conforme parâmetros estabelecidos pela Portaria GM 1101/2002);
- Promover o acesso ao serviço SAMU 192, a 100% das situações de urgência/emergência saúde Mental;
- Implantar 282 leitos de atenção integral nos hospitais da rede própria e filantrópicos;
- Monitorar a Implantação de 100% dos Serviços de Residência Terapêuticos – SRT;
- Construção de 15 CAPS ad para ampliação da cobertura assistencial da rede estadual.

DIRETRIZ 05 – IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE ÀS POPULAÇÕES TRADICIONAIS, BASEADO NO CUIDADO INTEGRAL, COM OBSERVÂNCIA ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE E ÀS MEDICINAS TRADICIONAIS, E GARANTIA DO RESPEITO ÀS ESPECIFICIDADES CULTURAIS

OBJETIVO: Ampliar o acesso aos direitos garantidos pelo SUS as populações tradicionais de acordo com as necessidades específicas, respeitando sua cultura.

METAS:

- Implantar o Comitê estadual de promoção da Equidade;
Fortalecer a Política da Promoção da Equidade em 100% da APS, com foco nas populações tradicionais e/ou grupos vulneráveis;
- Ampliar a oferta de diagnóstico e tratamento do câncer de pele em populações vulneráveis, estruturando 11 unidades de saúde do interior do estado;
- Implementar as ações de promoção e vigilância do câncer de pele em lavradores pomeranos em parceria com os municípios;
- Garantir atendimento de saúde bucal para a população indígena e tradicionais;
- Publicar cartilhas sobre o uso de plantas medicinais utilizadas pela população indígena capixaba;
- Criação de cadastro estadual de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias;
- Implantar a Política Estadual de Assistência Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

DIRETRIZ 06 – REDUÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, POR MEIO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO: Atenção a vigilância, promoção, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis e das imunopreveníveis, e regular o consumo de bens e serviços sujeitos a legislação e as normas do SUS/ES.

METAS:

- Ampliar em 80% o número de municípios com o Programa Saúde na Escola – PSE e/ou Saúde e Prevenção na Escola – SPE visando ampliar o escopo de ações de Educação em Saúde e de prevenção a agravos prevalentes na adolescência;
- Alcançar coberturas vacinais homogêneas em 100% dos municípios;

- Alcançar 80% da cobertura vacinal de hepatite B em adolescentes e jovens na faixa etária de 15 a 24;
- Reduzir a incidência de dengue em 5% ao ano considerando a incidência de 1.567,15/100.000 habitantes no ano de 2011;
- Reduzir a letalidade por leptospirose em 5% ao ano considerando a taxa de 6,16% no ano de 2011;
- Reduzir a prevalência de esquistossomose de 8% para menos de 5% da população investigada nos 4 municípios hiperendêmicos (Afonso Claudio, Alto Rio Novo, Itapemirim e Muniz Freire);
- Reduzir a incidência de Hanseníase em 10% ao ano, de 2,88/100.000 hab. em 2011 para 2,74/100.000 hab. em 2012;
- Aumentar a cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 81% para 85% até 2015;
- Ampliar e qualificar as notificações das doenças e agravos de notificação compulsória em 100% dos municípios e serviços de saúde;
- Descentralizar 100% das ações de baixo e médio risco nas áreas de vigilância sanitária para os municípios;
- Descentralizar para as 4 superintendências regionais de saúde a execução dos exames laboratoriais de média complexidade de interesse da vigilância em saúde;
- Implantar Serviço de Verificação de Óbito na região central do estado;
- Implantar novas tecnologias no Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN para investigação diagnóstica de doenças e agravos de interesse da saúde pública;
- Implantar 16 Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Ampliar para cada regional de saúde as unidades sentinelas de rotavírus;
- Implantar 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador na regional São Mateus;
- Estimular o aumento das notificações de casos de intoxicações por agrotóxicos em 10% ao ano, em relação ao número de notificações realizadas em 2011. (650 notificações, dados SINAN 2011);
- Implantar rede de notificação de violência contra mulher, criança, adolescente e idosa em 100% dos municípios;
- Manter as atividades de educação em saúde para redução dos riscos e agravos relacionados à Vigilância em Saúde.

DIRETRIZ 07 – IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES A SAÚDE

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.

METAS:

- Incentivar as ações de promoção da alimentação e modos de vida saudáveis em 100% das escolas inseridas no PSE e/ou SPE;
- Estimular em 100% dos município parcerias com as demais Secretarias para o enfrentamento dos determinantes socioambientais das DCNT e para a promoção de comportamentos saudáveis;
- Fomentar a inserção de praticas corporais da medicina oriental (yoga, lian gong , do in e tai chi chuan) nas academias da saúde de 2 municípios contemplados e no CRE-Metropolitano;
Incentivar em 100% dos municípios a adoção de projetos visando ampliar medidas de mobilidade e acessibilidade aos espaços públicos;
- Implementar a elaboração das redes de enfrentamento da violência sexual e doméstica contra crianças,adolescentes,mulheres e idosos em 100% das microrregiões do Estado;
- Financiar a implantação das academias da saúde em 100% dos territórios do Estado Presente;
- Realizar pesquisa de prevalência para fatores de risco e de proteção dos agravos crônicos não transmissíveis de cobertura estadual, por regional de saúde com periodicidade de 2 em 2 anos-VIGITEL;
Realização do inquérito de vigilância dos acidentes e violências em 100% dos municípios com população > 100.000habitantes, e que têm serviços públicos de urgência e emergência;
- Incrementar em 10% ao ano as notificações no SINAN de casos de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho graves e fatais;
- Realizar 100% das análises de monitoramento de produtos sujeitos ao controle sanitário.

DIRETRIZ 08 – REDUÇÃO DE RISCOS A SAÚDE POR MEIO DO CONTROLE DAS EPIDEMIAS E DESASTRES

OBJETIVO: Manutenção da capacidade de resposta às emergências e desastres elaborando as análises pertinentes, recomendando e intervindo nas situações de risco, colaborando positivamente na acumulação de saúde da população.

METAS:

- Elaborar a política de enfrentamento para situações de emergências em saúde pública;
- Assessorar 100% dos municípios em situação de epidemias e desastres;
- Implantar o monitoramento ambiental para a detecção do <i>Vibrio cholerae</i> nos 18 pontos selecionados como de risco;
- Implantar a vigilância de epizootias, para primatas não humanos, aves e eqüinos;
- Realizar 01 inquérito eco epidemiológico de Hantavirose nos municípios prioritários.

DIRETRIZ 09 – IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUS

OBJETIVO: Promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais, com a integração da política de assistência farmacêutica à política nacional de saúde, com vistas a assegurar a articulação necessária no contexto da garantia da integralidade da atenção.

METAS:

- Manter repasse financeiro aos municípios para aquisição de medicamentos básicos, de acordo com critérios estaduais e Portaria Ministerial vigente;
- Manter repasse financeiro de forma complementar aos municípios por meio do incentivo destinado à aquisição de insumos complementares para usuários insulino-dependentes;
- Disponibilizar elenco padronizado de medicamentos da atenção básica através do SERP, aumentando índice de disponibilidade em medicamentos para, pelo menos, 95%;
- Disponibilizar o elenco de medicamentos especializados padronizados de acordo com os protocolos clínicos (MS e do Estado);
- Atualização da relação de medicamentos estaduais;
- Racionalização da utilização de medicamentos especializados e de fórmulas infantis e dietas enterais;

- Descentralização da Logística de Distribuição de Medicamentos da SESA;
- Construção da nova sede da GEAF e CAF central e de 2 CAF regionais (Norte e Sul);
- Otimizar o acesso a informação sobre os processos de aquisição de medicamentos de demanda judicial;
- Sistematizar os debates sobre a assistência farmacêutica estadual no FIPAFES;
- Implantação do centro de referencia em retinopatias para aplicação de antiangiogênico intravítreo na Oftalmologia/UFES;
- Viabilizar a oferta gratuita de 3000/mês medicamentos homeopáticos e 3000 /mês fitoterápicos - farmácia homeopática;
- Garantir 100% dos insumos relacionados às doenças e agravos prioritários na saúde pública.

DIRETRIZ 10 – GARANTIR ASSISTÊNCIA INTEGRAL ESPECIALIZADA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

OBJETIVO: Garantir o cuidado integral á saúde para toda a população capixaba a partir da organização do acesso regulado para as tecnologias consideradas de media complexidade e de acordo com as necessidades de saúde das localidades e protocolizadas nas Redes de atenção.

METAS:

- Reestruturação dos 04 Centros Regionais de Especialidade;
- Implantação de Centros de Consultas e Exames especializados;
- Estruturar serviços de referencia para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras de cancer do colo de útero e mama;
- Instituir diagnóstico do câncer de boca em 100% dos CEOS, rede municipal e ambulatórios dos hospitais referencias de alta complexidade (em 100% dos serviços);
- Estruturar 2 ambulatórios de dermatologia para diagnóstico e tratamento das lesões pré-neoplásicas, e diagnóstico dos cânceres melanomas e não melanomas;
- Implantar serviços de referência de Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e plantas medicinais e Fitoterapia nos centros de especialidade Regionais;
- Ampliação da Capacidade da Rede Hospitalar própria através de adequação e construção de Unidades Hospitalares;
- Ampliação e/ou complementação da capacidade assistencial da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;

- Implantar serviço de transplante de córnea na região norte e serviço de transplante de córnea na região sul;
- Ampliação da assistência relativa às ações ambulatoriais, de urgência e emergência, bem como de média complexidade hospitalar por meio da inserção dos hospitais de pequeno porte;
- Regulação de 100% dos leitos dos Hospitais da rede Estadual de Saúde;
- Regulação de 100% dos leitos dos Hospitais Filantrópicos;
- Integração dos sistemas MV 2000 - hospitalar com o MV regulação no controle da alta hospitalar em 100% dos hospitais que possuem o sistema e fazem atendimento aos usuários do SUS;
- Integração do MV 2000-hospitalar com o MV regulação para acompanhamento da evolução médica, imediatamente após o cadastramento do paciente para a transferência ou autointernação, em 100% dos hospitais que possuem o sistema e fazem atendimento aos usuários do SUS;
- Implantação do sistema MV Regulação em 70% das portas de entrada para o atendimento de urgência e emergência (PA, PS e UPA);
- Implantar Serviço de Cirurgia para Traumatismo craniofacial /Bucamaxilofacial (HSL e HDS);
- Implantação de Serviços de Atenção Secundária em Oftalmologia;
- Implantação de serviço de atenção ao portador de baixa visão e deficiência visual, no CREFES;
- Implantar uma Unidade de Cuidados Geriátricos no Hospital Dório Silva com 40 leitos, sendo 30 leitos para pacientes geriátricos em recuperação funcional e 10 leitos de cuidados paliativos;
- Adotar Equipe Multidisciplinar de Avaliação e Cuidados Geriátricos em 100% dos hospitais gerais da rede própria ou conveniada/contratada;
- Implantar um Serviço Regional Especializado em Atenção a Saúde da Pessoa Idosa em cada região de saúde do Estado de acordo com o PDR;
- Estruturar 3 ambulatórios de pic na rede de atenção a saúde da mulher e da criança no Hospital Dório Silva, Himaba e centro de parto normal;
- Organizar 2 ambulatórios de práticas integrativas complementares (homeopatia e mtc/acupuntura) no CRE-Metropolitano e em Cachoeiro de Itapemirim;
- Implantar e/ou implementar serviços em reabilitação física, auditiva em todos os níveis de atenção a saúde, utilizando a pactuação entre os municípios como recurso de garantia do serviço de reabilitação;
- Implantação da Rede de Atendimento ao Portador de Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias;
- Implantar Centro de Apoio aos Usuários de Centro de atenção especializada;
- Realizar campanha anual em âmbito estadual de Doação de Órgãos no “Dia Nacional do Doador de órgãos”.

DIRETRIZ 11 – FORTALECIMENTO DAS ATIVIDADES DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

OBJETIVO: Viabilizar internamente a implementação e gestão de tecnologia da informação no âmbito da SESA, em consonância com as políticas e programas de informática do Governo Estadual visando disponibilizar ambiente operacional adequado à utilização e compartilhamento dos recursos de tecnologia disponibilizados.

METAS:

- Implantar um Núcleo de Economia da Saúde para desenvolver a cultura e gestão da economia e do custo na SESA;
- Manter a gestão compartilhada do Programa de Pesquisa para o SUS;
- Manter o Comitê de Ética em Pesquisa e avaliar 100% dos protocolos propostos para desenvolvimento na rede estadual de saúde;
- Implantar a metodologia da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa tendo como produto um boletim anual com Indicadores e Dados Básicos de Saúde do ES;
- Expansão e integração das unidades e serviços na área da tecnologia e informação a serviço da saúde;
- Realizar manutenção, segurança e atualização de 100% do parque tecnológico instalado.

DIRETRIZ 12 – GESTÃO, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES DO SUS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA NOB/RH-SUS E AS 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 assegurados na evidencia científica e com qualidade de vida do trabalhador.

METAS:

- Desenvolver e implantar uma política de gestão do trabalho para a valorização do trabalhador do sistema estadual de saúde;
- Implantar Política de qualidade de vida no trabalho, que favoreça a integração, cooperação, bem-estar e preparação do trabalhador da saúde para aposentadoria;

- Implantação da mesa de negociação do SUS;
- Reestruturar o Sistema de Informação da Gestão da Educação na Saúde;
- Implantar o Centro de Documentação e Informação;
- Implementar a política de gestão da educação permanente e profissional em saúde no estado do Espírito Santo para o desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Estadual de Saúde;
- Implantar a política de residência médica e multiprofissional na SESA;
- Contemplar 100 % das necessidades identificadas pelas áreas temáticas nos projetos prioritários e Redes de Atenção para a qualificação profissional;
- Qualificar 1440 médicos e demais profissionais em Urgência e Emergência;
- Capacitar 100% dos médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde que prestam à saúde da mulher e saúde da criança;
- Capacitar 100% dos médicos e enfermeiros de 21 maternidades referências para a rede de atenção materno infantil/rede cegonha;
Atualizar as linhas guias, protocolos clínicos e fluxos que subsidiam a implantação das redes assistenciais;
- Realizar curso básico de vigilância em saúde para todos os municípios;
- Realizar 02 cursos de especialização em vigilância sanitária, 02 de epidemiologia e 01 em vigilância em saúde do trabalhador;
- Reestruturar o Sistema de Informação da Gestão do Trabalho em Saúde;
- Implementação Política Estadual de Humanização;
- Fortalecimento da Política Estadual de Qualificação de Conselhos.

DIRETRIZ 13 – IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO DE ACORDO COM A REGULAMENTAÇÃO DO SUS E O DESENVOLVIMENTO DE NOVOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DE PLANEJAMENTO

OBJETIVO: Aprimoramento do pacto federativo, com o desenvolvimento de processo de contratualização e cooperação entre as esferas e gestão compartilhada do SUS.

METAS:

- Coordenar e monitorar políticas, planos e programas do Sistema Estadual de Saúde;
- Implantar e consolidar a gestão por resultados na SESA, Superintendências Regionais de Saúde e Hospitais próprios;
- Contratualizar 100% Entidades Privadas Com e Sem Fins Lucrativos, Prestadoras de Serviços de Saúde, Ambulatorial e Hospitalar, de Forma Complementar, do Sistema Único de Saúde no Estado do

Espírito Santo, Sob Gestão Estadual;
- Descentralização das decisões operacionais e fortalecimento de mecanismos de supervisão e controle nos processos administrativos;
- Padronização de metodologias e processos em 100% das rotinas de trabalho da SESA;
- Consolidar o Processo de Descentralização dos Serviços de Média Complexidade sob Gestão Estadual;
- Regular 100% da rede Assistencial do Sistema Estadual de Saúde;
- Reorganização física e funcional das Unidades Hospitalares e Administrativa da SESA (incluindo padronização de Mobiliário e Recursos da tecnologia da informação);
- Aprimorar a fiscalização e controle de contratos, convênios, obra e serviços com a utilização de sistemas eletrônicos;
- Implantação de informação eletrônica para controle físico e contábil dos bens patrimoniais da Secretaria de saúde;
- Implantação de um sistema de transporte que atenda as necessidades de toda rede de serviços da Secretaria de saúde;
- Implantação na Plataforma WEB de Instrumentos que permitam Alimentação e monitoramento da execução orçamentária e financeira;
- Compatibilizar em 100% os registros contábeis dos sistemas orçamentário, financeiro e patrimonial de toda a rede de Saúde;
- Padronização dos procedimentos contábeis/financeiros para profissionais que atuam na área financeira das unidades executoras;
- Implantação do Complexo Regulador;
- Descentralizar as ações de cadastramento do CNES para que os municípios assumam as funções de operacionalização do SCNES deixando a SESA apenas com a gestão do sistema;
- Deter a informação de 100% da base de dados do CNES (base dos municípios com gestão total) para desempenhar a função de gestor do sistema;
- Implantar Sala de Apoio à Gestão que possibilite a geração e análise das informações estratégicas para tomada de decisão;
- Realizar Auditoria de Gestão em municípios com mais de 100.0000 habitantes;
- Realizar auditoria de prontuário de todos os pacientes internados, em hospitais não conveniados/contratados, devido à inexistência/insuficiência de leitos na rede SUS (CRIU/Decisão Judicial);
Realizar 100% as ações regulares de auditoria, de demandas, de rotina e aquelas detectadas;
- Implementar o monitoramento dos Serviços de Alta Complexidade em: Oncologia, Transplantes, Traumatologia-ortopedia, Saúde Auditiva;
- Acompanhar os Serviços de Alta Complexidade, Cardiovascular e de Terapia Renal Substitutiva em

todo o Estado do Espírito Santo;
- Implementar mecanismo de verificação de acesso e satisfação do usuário do SUS;
- Realizar Avaliação de 100 % dos COAPs;
Implantar o Sistema Estadual de Transporte Sanitário em todas as regiões de saúde;
- Implantar o Sistema Estadual de Transporte de Resíduos dos estabelecimentos de saúde nas regiões de saúde;
- Acompanhamento e monitoramento mensal de 100% dos instrumentos jurídicos, sob a gestão de OS, OSCIP, Filantrópicos e Rede Própria de Gestão e Gerência Estadual;
- Realizar atualização de 100% das metas assistenciais, orçamentária e financeira dos instrumentos jurídicos, sob a gestão de OS, OSCIP, Filantrópicos e Rede Própria de Gestão e Gerência Estadual;
- Implementação de novos Modelos de Gestão e modernização dos Hospitais e/ou Serviços contratualizados pela SESA, a partir dos estudos realizados em parceria com a SEGER.

DIRETRIZ 14 – AMPLIAÇÃO E FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

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

METAS:

- Fomentar a implantação de Conselhos Gestores em 100% dos Hospitais Filantrópicos contratualizados e nas unidades geridas por OS;
- Capacitar 100% dos Conselheiros Municipais de Saúde.
- Capacitar 100% dos Conselheiros Estaduais de Saúde;
- Capacitar 100% dos Conselheiros Gestores de Unidades de Saúde;
- Realizar a Conferência Estadual de Saúde, Plenárias e 100% Conferências Temáticas de Saúde;
- Implementação da Ouvidoria SUS/SESA;
- Apoiar a implantação de ouvidorias municipais - nível 1 do Sistema Ouvidor SUS, em 100% dos 11 municípios com população superior a 50 mil habitantes, por meio da pactuação do COAP;
- Apoiar a implantação de ouvidorias municipais - nível 2 do Sistema Ouvidor SUS, em 100% dos 67 municípios com população inferior a 50 mil habitantes, por meio da pactuação nas Comissões Intergestores Regionais.

DIRETRIZES DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

DIRETRIZ 01 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

DIRETRIZ 02 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

DIRETRIZ 03 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

DIRETRIZ 04 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

DIRETRIZ 05 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

DIRETRIZ 06 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

DIRETRIZ 07 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

DIRETRIZ 08 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

DIRETRIZ 09 – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.

DIRETRIZ 10 – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.

DIRETRIZ 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

DIRETRIZ 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

DIRETRIZ 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

DIRETRIZ 14 – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.

ANEXOS



DIÁRIO OFICIAL

DIÁRIO OFICIAL
DOS PODERES
DO ESTADO

www.dio.es.gov.br

Vitória (ES), Quarta-feira, 04 de Janeiro de 2012

PODER EXECUTIVO - ANEXO

GOVERNADORIA DO ESTADO

LEI

LEI Nº 9.781

Dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2012-2015 e dá outras providências.

O GOVERNADOR 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 2012-2015, em cumprimento ao disposto no artigo 150, § 1º, da Constituição Estadual, conforme especificado no Anexo I desta Lei.

Art. 2º Constituem as Diretrizes Estratégicas para a Administração Pública Estadual, para o quadriênio 2012-2015, os 10 (dez) eixos estratégicos a seguir discriminados:

- I** – melhoria da gestão pública e valorização do servidor;
- II** – desenvolvimento da educação, cultura, esportes e lazer;
- III** – produção do conhecimento, inovação e desenvolvimento;
- IV** – integração logística;
- V** – desenvolvimento da infraestrutura urbana;
- VI** – empregabilidade, participação e proteção social;
- VII** – atenção integral à saúde;
- VIII** – prevenção e redução da criminalidade;
- IX** – distribuição dos frutos do progresso; e
- X** – inserção nacional.

Art. 3º O Anexo mencionado no Artigo 1º desta Lei compreende os programas do Governo para o quadriênio 2012-2015, indicando:

- I** – tipo do programa;
- II** – objetivo;
- III** – público alvo;
- IV** – valor global por origem dos recursos;
- V** – ações regionalizadas por meta física e valor.

Art. 4º Os códigos e os títulos dos programas e ações orçamentárias do PPA serão aplicados nas leis orçamentárias e seus créditos adicionais e nas leis que os modifiquem.

Art. 5º 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 PPA, ressalvado o disposto no artigo 6º desta Lei.

Parágrafo único – Os valores consignados no PPA para programas e ações são referenciais e não se constituem em limites à programação das despesas expressas nas leis orçamentárias e nos seus créditos adicionais.

Art. 6º A inclusão, exclusão ou alteração de ações orçamentárias, de suas metas e regionalização, 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 artigo 152 da Constituição Estadual.

Art. 7º O PPA 2012-2015 e seus programas serão anualmente avaliados.

§ 1º Para atendimento ao disposto neste artigo, o Poder Executivo instituirá sistema de avaliação do PPA, sob a coordenação da Secretaria de Estado de Economia e Planejamento.

§ 2º O Poder Executivo enviará à Assembleia Legislativa, até o dia 15 de junho do ano subsequente aos exercícios financeiros de 2012, 2013, 2014 e 2015, relatório de avaliação do PPA 2012-2015 que conterá:

I – demonstrativo, por programas e por ação, de forma regionalizada, da execução física e financeira do exercício anterior e a acumulada.

II – avaliação, por programa e por ação, do percentual já efetivado até o término do exercício financeiro antecedente.

§ 3º Os titulares dos órgãos responsáveis pela execução dos programas, no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e Ministério Público, designarão profissional responsável pela execução do programa.

§ 4º Os responsáveis pela execução dos programas, definidos no § 3º deste artigo, deverão registrar, na forma determinada pela Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, as informações referentes à execução física das ações e metas do programa.

§ 5º Por ocasião da elaboração das propostas orçamentárias, a estimativa da despesa deverá considerar a evolução da execução física das ações constantes do PPA registradas na forma do § 4º deste artigo.

Art. 8º Integra esta Lei, o Anexo II – Emendas Parlamentares.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Anchieta, em Vitória, 03 de janeiro de 2012.

JOSÉ RENATO CASAGRANDE
Governador do Estado

Microrregionalização:					Tipo de Ação
E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06- Litoral Norte	09- Noroeste I	12 - Caparaó	A - Atividade
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07- Extremo Norte	10- Noroeste II		P - Projeto
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08- Pólo Colatina	11- Pólo Cachoeiro		OP - Operação Especial

PPA 2012/2015 PROGRAMAS FINALÍSTICOS

PROGRAMA: 0230-IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Objetivo: GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, EXCEPCIONAIS, PROGRAMAS ESPECÍFICOS E CORRELATOS NA REDE PÚBLICA, COM SEGURANÇA E QUALIDADE.

Público Alvo: POPULAÇÃO EM GERAL.

Valor Global do Programa:(R\$1,00): 391.177.191

ORIGEM DOS RECURSOS

		ORÇAMENTÁRIOS				TOTAL ORÇAMENTÁRIO	NÃO ORÇAMENTÁRIOS	TOTAL GERAL							
		CAIXA DO TESOURO	TESOURO VINCULADOS	ARRECADADO - OUTRAS FONTES	VINCULADOS - OUTRAS FONTES										
		167.084.074	224.093.117			391.177.191		391.177.191							
TIPO	TÍTULO DA AÇÃO PRODUTO UNIDADE DE MEDIDA	REGIONALIZAÇÃO												TOTAL	
		E	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	2012-2015
A	2692 - AQUISIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS, DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS E OUTROS														
	MEDICAMENTO CONCEDIDO	Meta: 160000000												160000000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00): 342.548.987												342.548.987	
A	4699 - CONTRAPARTIDA FINANCEIRA AOS MUNICÍPIOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS														
	MUNICÍPIO BENEFICIADO		7	6	6	7	6	4	4	6	5	6	11	10	78
	UNIDADE	Valor(R\$1,00): 3.755.623 3.733.000 3.733.000 3.733.000 3.733.000 3.733.000 3.733.000 3.733.000 3.733.000 3.733.000 3.733.000 3.733.000 3.733.000												44.818.623	

Microrregionalização:

E - Estado 03 - Metrópole Expandida Sul 06- Litoral Norte 09- Noroeste I 12 - Caparaó

01 - Metropolitana 04 - Sudoeste Serrana 07- Extremo Norte 10- Noroeste II

02 - Pólo Linhares 05 - Central Srrana 08- Pólo Colatina 11- Pólo Cachoeiro

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

A 4710 - IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DAS FARMÁCIAS CIDADÃS ESTADUAIS

FARMÁCIA IMPLANTADA E/OU MANTIDA

Meta: 10

10

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 3.809.581

3.809.581

Microrregionalização:

E - Estado

03 - Metrópole Expandida Sul

06 - Litoral Norte

09 - Noroeste I

12 - Caparaó

Tipo de Ação

A - Atividade

01 - Metropolitana

04 - Sudoeste Serrana

07 - Extremo Norte

10 - Noroeste II

P - Projeto

02 - Pólo Linhares

05 - Central Srrana

08 - Pólo Colatina

11 - Pólo Cachoeiro

OP - Operação Especial

PPA 2012/2015 PROGRAMAS FINALÍSTICOS

PROGRAMA: 0231-IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo: PREVENIR, CONTROLAR E ALERTAR SOBRE OS SURTOS, EPIDEMIAS, AGRAVOS E INUSITADOS DE MANEIRA OPORTUNA E A PARTIR DA PERMANENTE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL EM SAÚDE, VISANDO A REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE NO ESTADO.

Público Alvo: POPULAÇÃO EM GERAL.

Valor Global do Programa:(R\$1,00): 65.192.941

ORIGEM DOS RECURSOS

ORÇAMENTÁRIOS				TOTAL ORÇAMENTÁRIO	NÃO ORÇAMENTÁRIOS	TOTAL GERAL
CAIXA DO TESOUREIRO	TESOURO VINCULADOS	ARRECADADO - OUTRAS FONTES	VINCULADOS - OUTRAS FONTES			
5.342.375	53.294.667	6.555.899		65.192.941		65.192.941

TIPO	TÍTULO DA AÇÃO PRODUTO UNIDADE DE MEDIDA	REGIONALIZAÇÃO												TOTAL 2012-2015
		E	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	

A 2695 - CAMPANHAS EDUCATIVAS DE INTERESSE À SAÚDE

CAMPANHA REALIZADA

Meta: 100

100

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 18.893.308

18.893.308

A 4692 - MANUTENÇÃO DO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA E INSTITUTO BIOLÓGICO

LABORATÓRIO/INSTITUTO MANTIDO

Meta: 2

2

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 6.364.245

6.364.245

Microrregionalização:

E - Estado

03 - Metrópole Expandida Sul

06 - Litoral Norte

09 - Noroeste I

12 - Caparaó

Tipo de Ação

A - Atividade

01 - Metropolitana

04 - Sudoeste Serrana

07 - Extremo Norte

10 - Noroeste II

P - Projeto

02 - Pólo Linhares

05 - Central Srrana

08 - Pólo Colatina

11 - Pólo Cachoeiro

OP - Operação Especial

A 4693 - MANUTENÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA

UNIDADE MANTIDA	Meta:	3	3
UNIDADE	Valor(R\$1,00):	3.706.499	3.706.499

A 2705 - VIGILÂNCIA AMBIENTAL

ATIVIDADE REALIZADA	Meta:	2000	2000
UNIDADE	Valor(R\$1,00):	10.061.775	10.061.775

A 2706 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS

ATIVIDADE REALIZADA	Meta:	2000	2000
UNIDADE	Valor(R\$1,00):	21.147.432	21.147.432

A 4701 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS E SERVIÇOS

ATIVIDADE REALIZADA	Meta:	2000	2000
UNIDADE	Valor(R\$1,00):	5.019.682	5.019.682

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06- Litoral Norte	09- Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10- Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08- Pólo Colatina	11- Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

PPA 2012/2015 PROGRAMAS FINALÍSTICOS

PROGRAMA: 0290-MANUTENÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Objetivo: OFERTAR SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS DE ESPECIALIDADES, DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, COM QUALIDADE E EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO, DE ACORDO COM AS NORMAS ASSISTENCIAIS VIGENTES.

Público Alvo: POPULAÇÃO EM GERAL.

Valor Global do Programa:(R\$1,00): 1.329.867.295

ORÇAMENTÁRIOS						TOTAL ORÇAMENTÁRIO	NÃO ORÇAMENTÁRIOS	TOTAL GERAL
CAIXA DO TESOUREIRO	TESOURO VINCULADOS	ARRECADADO - OUTRAS FONTES	VINCULADOS - OUTRAS FONTES					
879.331.303	450.535.992					1.329.867.295		1.329.867.295

TIPO	TÍTULO DA AÇÃO PRODUTO UNIDADE DE MEDIDA	REGIONALIZAÇÃO												TOTAL 2012-2015		
		E	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11		12	
A	2711 - MANUTENÇÃO DA UNIDADE INTEGRADA JERÔNIMO MONTEIRO															
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO														360000	360000
	UNIDADE														6.274.609	6.274.609
A	2712 - MANUTENÇÃO DO CENTRO DE ATENDIMENTO PSQUIÁTRICO ARISTIDES ALEXANDRE CAMPOS															
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO														48000	48000
	UNIDADE														7.360.564	7.360.564

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09 - Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10 - Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08 - Pólo Colatina	11 - Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

A	2713 - MANUTENÇÃO DO CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO															
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO														360000	360000
	UNIDADE														17.286.544	17.286.544
A	2720 - MANUTENÇÃO DO HEMOCENTRO COORDENADOR															
	HEMOCENTRO MANTIDO														5	5
	UNIDADE														27.025.631	27.025.631
A	2721 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL ADAUTO BOTELHO															
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO														2000	2000
	UNIDADE														24.206.090	24.206.090
A	2722 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL ANTÔNIO BEZERRA DE FARIAS															
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO														1000000	1000000
	UNIDADE														85.343.624	85.343.624
A	2723 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL DÓRIO SILVA															
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO														2100000	2100000
	UNIDADE														200.877.072	200.877.072
A	2724 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL DRª RITA DE CÁSSIA															
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO														280000	280000
	UNIDADE														36.961.920	36.961.920

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09 - Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10 - Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08 - Pólo Colatina	11 - Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

A	2725 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL E MATERNIDADE SÍLVIO AVIDOS					
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	420000		420000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	68.684.541		68.684.541	
A	2726 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL INFANTIL E MATERNIDADE ALZIR BERNARDINO ALVES					
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	600000		600000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	90.990.837		90.990.837	
A	2727 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA					
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	1600000		1600000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	130.828.717		130.828.717	
A	2728 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL JOÃO DOS SANTOS NEVES					
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	300000		300000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	13.996.857		13.996.857	
A	2729 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL ROBERTO ARNIZAUT SILVARES					
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	440000		440000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	99.690.064		99.690.064	
A	4690 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO CALÇADO					
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:		380000	380000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):		15.742.096	15.742.096	
Microrregionalização:						
E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06- Litoral Norte	09- Noroeste I	12 - Caparaó	Tipo de Ação	
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07- Extremo Norte	10- Noroeste II		A - Atividade	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08- Pólo Colatina	11- Pólo Cachoeiro		P - Projeto	
					OP - Operação Especial	

A	4691 - MANUTENÇÃO DO HOSPITAL SÃO LUCAS					
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	980000		980000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	142.963.827		142.963.827	
A	2714 - MANUTENÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM					
	PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:		3800000	3800000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):		31.417.849	31.417.849	
A	2715 - MANUTENÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE COLATINA					
	PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	480000		480000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	16.793.539		16.793.539	
A	2716 - MANUTENÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE SÃO MATEUS					
	PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	220000		220000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	12.450.616		12.450.616	
A	2717 - MANUTENÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE VILA VELHA					
	PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	240000		240000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	5.492.961		5.492.961	
A	2718 - MANUTENÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE VITÓRIA					
	PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	1240000		1240000	
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	65.099.046		65.099.046	
Microrregionalização:						
E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06- Litoral Norte	09- Noroeste I	12 - Caparaó	Tipo de Ação	
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07- Extremo Norte	10- Noroeste II		A - Atividade	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08- Pólo Colatina	11- Pólo Cachoeiro		P - Projeto	
					OP - Operação Especial	

A	4694 - MANUTENÇÃO DOS PAVILHÕES DA COLÔNIA PEDRO FONTES				
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	400000		400000
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	5.508.209		5.508.209
A	4696 - OPERACIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL CENTRAL DE VITÓRIA				
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	480000		480000
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	125.659.857		125.659.857
A	4712 - OPERACIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL SÃO LUCAS				
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	620000		620000
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	51.119.108		51.119.108
A	4711 - OPERACIONALIZAÇÃO DO NOVO HOSPITAL DÓRIO SILVA				
	INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO AMBULATORIAL REALIZADO	Meta:	1675000		1675000
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	48.093.117		48.093.117

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09 - Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10 - Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08 - Pólo Colatina	11 - Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

PPA 2012/2015 PROGRAMAS FINALÍSTICOS

PROGRAMA: 0856-FORTELECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo: AMPLIAR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CONSOLIDANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS EM TODOS OS MUNICÍPIOS CAPIXABAS.

Público Alvo: POPULAÇÃO EM GERAL, PRIORIZANDO AS ÁREAS EM CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE DESFAVORÁVEIS OU DE RISCO.

Valor Global do Programa:(R\$1,00): 103.352.832

ORIGEM DOS RECURSOS

ORÇAMENTÁRIOS				TOTAL ORÇAMENTÁRIO	NÃO ORÇAMENTÁRIOS	TOTAL GERAL
CAIXA DO TESOURO	TESOURO VINCULADOS	ARRECADADO - OUTRAS FONTES	VINCULADOS - OUTRAS FONTES			
103.352.832				103.352.832		103.352.832

TIPO	TÍTULO DA AÇÃO PRODUTO UNIDADE DE MEDIDA	REGIONALIZAÇÃO												TOTAL 2012-2015		
		E	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11		12	
A	4709 - APOIO FINANCEIRO AOS MUNICÍPIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE															
	MUNICÍPIO APOIADO	<i>Meta:</i>	7	6	6	7	10	4	4	6	5	6	13	10	84	
	UNIDADE	<i>Valor(R\$1,00):</i>	8.446.591	7.239.930	7.239.930	8.446.586	7.354.931	4.826.621	4.826.621	7.239.931	6.033.277	7.239.931	13.353.207	12.066.552	94.314.108	
P	1725 - ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE															
	UNIDADE EQUIPADA	<i>Meta:</i>	78										6		84	
	UNIDADE	<i>Valor(R\$1,00):</i>	8.963.724										75.000		9.038.724	

Microrregionalização:

E - Estado 03 - Metrópole Expandida Sul 06 - Litoral Norte 09 - Noroeste I 12 - Caparaó
01 - Metropolitana 04 - Sudoeste Serrana 07 - Extremo Norte 10 - Noroeste II
02 - Pólo Linhares 05 - Central Serrana 08 - Pólo Colatina 11 - Pólo Cachoeiro

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

PPA 2012/2015 PROGRAMAS FINALÍSTICOS

PROGRAMA: 0862-REESTRUTURAÇÃO E AMPLIAÇÃO DA CAPACIDADE DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Objetivo: AMPLIAR, ORGANIZAR E QUALIFICAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA EM SAÚDE.

Público Alvo: USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E POPULAÇÃO EM GERAL.

Valor Global do Programa:(R\$1,00): 2.309.701.854

ORIGEM DOS RECURSOS

ORÇAMENTÁRIOS				TOTAL ORÇAMENTÁRIO	NÃO ORÇAMENTÁRIOS	TOTAL GERAL
CAIXA DO TESOURO	TESOURO VINCULADOS	ARRECADADO - OUTRAS FONTES	VINCULADOS - OUTRAS FONTES			
723.440.724	1.586.261.130			2.309.701.854		2.309.701.854

TIPO	TÍTULO DA AÇÃO PRODUTO UNIDADE DE MEDIDA	REGIONALIZAÇÃO												TOTAL 2012-2015
		E	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	

P 1719 - AMPLIAÇÃO, REFORMA E EQUIPAMENTO DO HOSPITAL SÃO LUCAS

UNIDADE AMPLIADA E/OU REFORMADA E/OU EQUIPADA

Meta: 1

1

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 56.000.000

56.000.000

P 1718 - AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO

UNIDADE EQUIPADA

Meta: 12

2

3

1

3

1

22

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 75.207.940

15.116.909

15.116.909

15.116.909

15.116.909

15.116.909

150.792.485

Microrregionalização:

E - Estado
01 - Metropolitana
02 - Pólo Linhares

03 - Metrópole Expandida Sul
04 - Sudoeste Serrana
05 - Central Srrana

06 - Litoral Norte
07 - Extremo Norte
08 - Pólo Colatina

09 - Noroeste I
10 - Noroeste II
11 - Pólo Cachoeiro

12 - Caparaó

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

P 1723 - AQUISIÇÃO E RENOVACÃO DA FROTA

VEÍCULO ADQUIRIDO

Meta: 40

40

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 8.963.725

8.963.725

P 1724 - AQUISIÇÃO, CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO E REFORMA DE IMÓVEIS

IMÓVEL ADQUIRIDO/CONSTRUÍDO/AMPLIADO E REFORMADO

Meta: 8

8

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 14.341.957

14.341.957

A 4705 - ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR À REDE PÚBLICA

SERVIÇO CONTRATADO

Meta: 27000

27000

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 319.719.795

319.719.795

P 1720 - CONSTRUÇÃO E EQUIPAMENTO DO NOVO HOSPITAL DÓRIO SILVA

UNIDADE CONSTRUÍDA E/OU EQUIPADA

Meta: 1

1

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 26.500.000

26.500.000

P 1721 - CONSTRUÇÃO E EQUIPAMENTO DO NOVO HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

UNIDADE CONSTRUÍDA E/OU EQUIPADA

Meta: 1

1

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 75.000.000

75.000.000

P 1717 - CONSTRUÇÃO E MODERNIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO

UNIDADE CONSTRUÍDA/AMPLIADA E/OU REFORMADA

Meta: 12

2

3

1

4

1

23

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 41.313.751

6.902.068

6.902.068

6.902.068

6.952.068

6.902.068

75.874.691

Microrregionalização:

E - Estado
01 - Metropolitana
02 - Pólo Linhares

03 - Metrópole Expandida Sul
04 - Sudoeste Serrana
05 - Central Srrana

06 - Litoral Norte
07 - Extremo Norte
08 - Pólo Colatina

09 - Noroeste I
10 - Noroeste II
11 - Pólo Cachoeiro

12 - Caparaó

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

A 4706 - CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES À REDE PÚBLICA (TABELA SUS)

ENTIDADE CONTRATADA E/OU CONVENIADA COM O SUS	Meta:	140	140
UNIDADE	Valor(R\$1,00):	1.386.902.998	1.386.902.998

P 1722 - INFORMATIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

UNIDADE INFORMATIZADA	Meta:	23	23
UNIDADE	Valor(R\$1,00):	105.323.761	105.323.761

A 4707 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

ATENDIMENTO REALIZADO	Meta:	400000	400000
UNIDADE	Valor(R\$1,00):	90.283.042	90.283.042

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09- Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10- Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08 - Pólo Colatina	11- Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

PPA 2012/2015 PROGRAMAS DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS E ÁREAS ESPECIAIS

PROGRAMA: 0542-COMPLEMENTAÇÃO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES ESPECIAIS

Objetivo: PAGAR A COMPLEMENTAÇÃO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES DOS SERVIDORES NÃO VINCULADOS AO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E PENSÕES ESPECIAIS.

Público Alvo: SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS INATIVOS E PENSIONISTAS.

Valor Global do Programa:(R\$1,00): 266.943.115

ORIGEM DOS RECURSOS																	
ORÇAMENTÁRIOS				TOTAL	NÃO				TOTAL								
CAIXA DO TESOUREIRO	TESOURO VINCULADOS	ARRECADADO - OUTRAS FONTES	VINCULADOS - OUTRAS FONTES	ORÇAMENTÁRIO	ORÇAMENTÁRIOS				GERAL								
253.593.115		13.350.000		266.943.115					15								
REGIONALIZAÇÃO																	
TIPO	TÍTULO DA AÇÃO	PRODUTO	UNIDADE DE MEDIDA	E	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	TOTAL
																	2012-2015

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09 - Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10 - Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08 - Pólo Colatina	11 - Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

OP 0690- COMPLEMENTAÇÃO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

SERVIDOR BENEFICIADO

Meta: 200

200

PESSOA

Valor(R\$1,00): 8.694.814

8.694.814

Microrregionalização:

E - Estado

03 - Metrópole Expandida Sul

06- Litoral Norte

09- Noroeste I

12 - Caparaó

01 - Metropolitana

04 - Sudoeste Serrana

07- Extremo Norte

10- Noroeste II

02 - Pólo Linhares

05 - Central Srrana

08- Pólo Colatina

11- Pólo Cachoeiro

Tipo de Ação

A - Atividade

P - Projeto

OP - Operação Especial

PPA 2012/2015 PROGRAMAS DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS E ÁREAS ESPECIAIS

PROGRAMA: 0594-GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO

Objetivo: APOIAR O PLANEJAMENTO, COORDENAR, SUPERVISIONAR, AVALIAR E DAR SUPORTE À EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DA SAÚDE.

Público Alvo: ESTADO, MUNICÍPIOS E ENTIDADES DO TERCEIRO SETOR.

Valor Global do Programa:(R\$1,00): 187.030.809

ORIGEM DOS RECURSOS															
ORÇAMENTÁRIOS				TOTAL ORÇAMENTÁRIO	NÃO ORÇAMENTÁRIOS	TOTAL GERAL									
CAIXA DO TESOURO	TESOURO VINCULADOS	ARRECADADO - OUTRAS FONTES	VINCULADOS - OUTRAS FONTES												
177.148.305	9.882.504			187.030.809		187.030.809									
TIPO	TÍTULO DA AÇÃO PRODUTO UNIDADE DE MEDIDA	REGIONALIZAÇÃO												TOTAL 2012-2015	
		E	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11		12
P	1702 - APOIO FINANCEIRO A ENTIDADES FILANTRÓPICAS E SEM FINS LUCRATIVOS														
	ENTIDADE BENEFICIADA	Meta:	28	12	8	8	12	8	4	12	8	8	20	12	140
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	40.853.121	2.535.512	2.635.512	2.635.512	2.635.512	2.535.512	2.635.512	2.535.512	2.655.512	2.535.512	3.335.512	2.915.512	70.443.753
P	1726 - APOIO FINANCEIRO AOS MUNICÍPIOS E PARCERIAS ENTRE ENTES PÚBLICOS														
	MUNICÍPIO E/OU ENTE APOIADO	Meta:	7	6	7	8	6	4	4	6	5	6	12	11	82
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	39.620.200	3.619.966	3.719.966	4.323.294	3.619.966	2.413.310	2.413.310	3.619.966	3.016.637	3.619.966	6.956.603	6.433.277	83.376.461

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09 - Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10 - Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08 - Pólo Colatina	11 - Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

A	4703 - CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE					
	PROFISSIONAL CAPACITADO	Meta:	16000			16000
	PESSOA	Valor(R\$1,00):	13.288.719			13.288.719
P	1727 - ELABORAÇÃO DE ESTUDOS, PLANOS, PROJETOS E PESQUISAS					
	ESTUDO/PLANO/PROJETO E/OU PESQUISA ELABORADO	Meta:	40			40
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	2.778.754			2.778.754
A	4713 - MANUTENÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM					
	SUPERINTENDÊNCIA MANTIDA	Meta:		1		1
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):		5.288.594		5.288.594
A	4714 - MANUTENÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA					
	SUPERINTENDÊNCIA MANTIDA	Meta:		1		1
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):		3.818.547		3.818.547
A	4715 - MANUTENÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO MATEUS					
	SUPERINTENDÊNCIA MANTIDA	Meta:		1		1
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):		3.397.252		3.397.252
A	4716 - MANUTENÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA					
	SUPERINTENDÊNCIA MANTIDA	Meta:	1			1
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	1.626.917			1.626.917

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09 - Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10 - Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Serrana	08 - Pólo Colatina	11 - Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

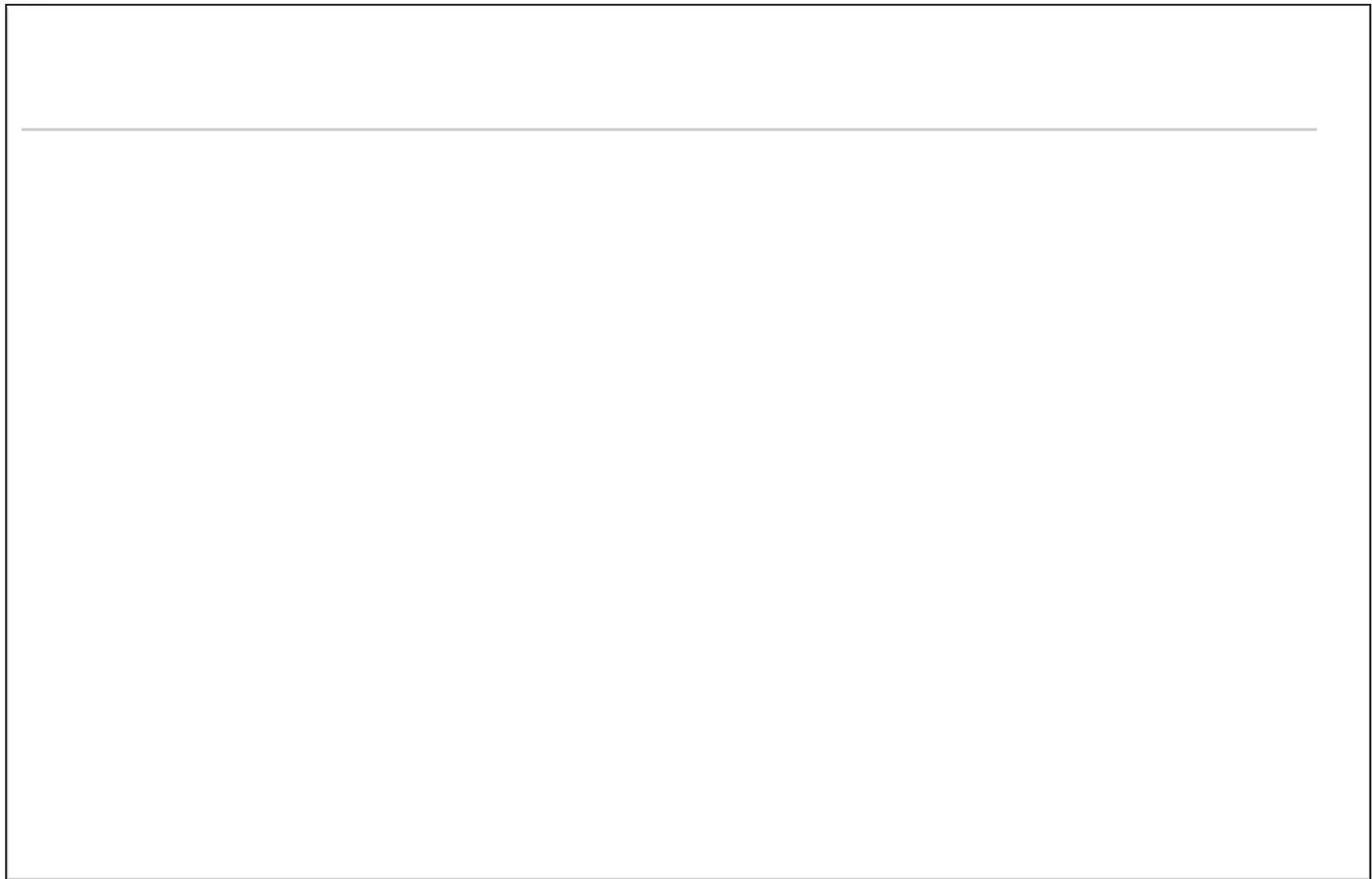
A	2719 - MANUTENÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE					
	CONSELHO MANTIDO	Meta:	1			1
	UNIDADE	Valor(R\$1,00):	3.011.812			3.011.812

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09 - Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10 - Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Serrana	08 - Pólo Colatina	11 - Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial



PPA 2012/2015 PROGRAMAS DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS E ÁREAS ESPECIAIS

PROGRAMA: 0694-MELHORIA DA GESTÃO PÚBLICA E VALORIZAÇÃO DO SERVIDOR

Objetivo: APERFEIÇOAR E CONSOLIDAR A GESTÃO PÚBLICA, APRIMORANDO, ORGANIZANDO, CONTROLANDO SERVIÇOS E TORNANDO A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MAIS ÁGIL, EFICIENTE E EFICAZ, COM OS SERVIDORES VALORIZADOS E COMPROMETIDOS COM A ÉTICA, O PROFISSIONALISMO E A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS.

Público Alvo: ESTADO E SOCIEDADE.

Valor Global do Programa:(R\$1,00): 1.084.711.445

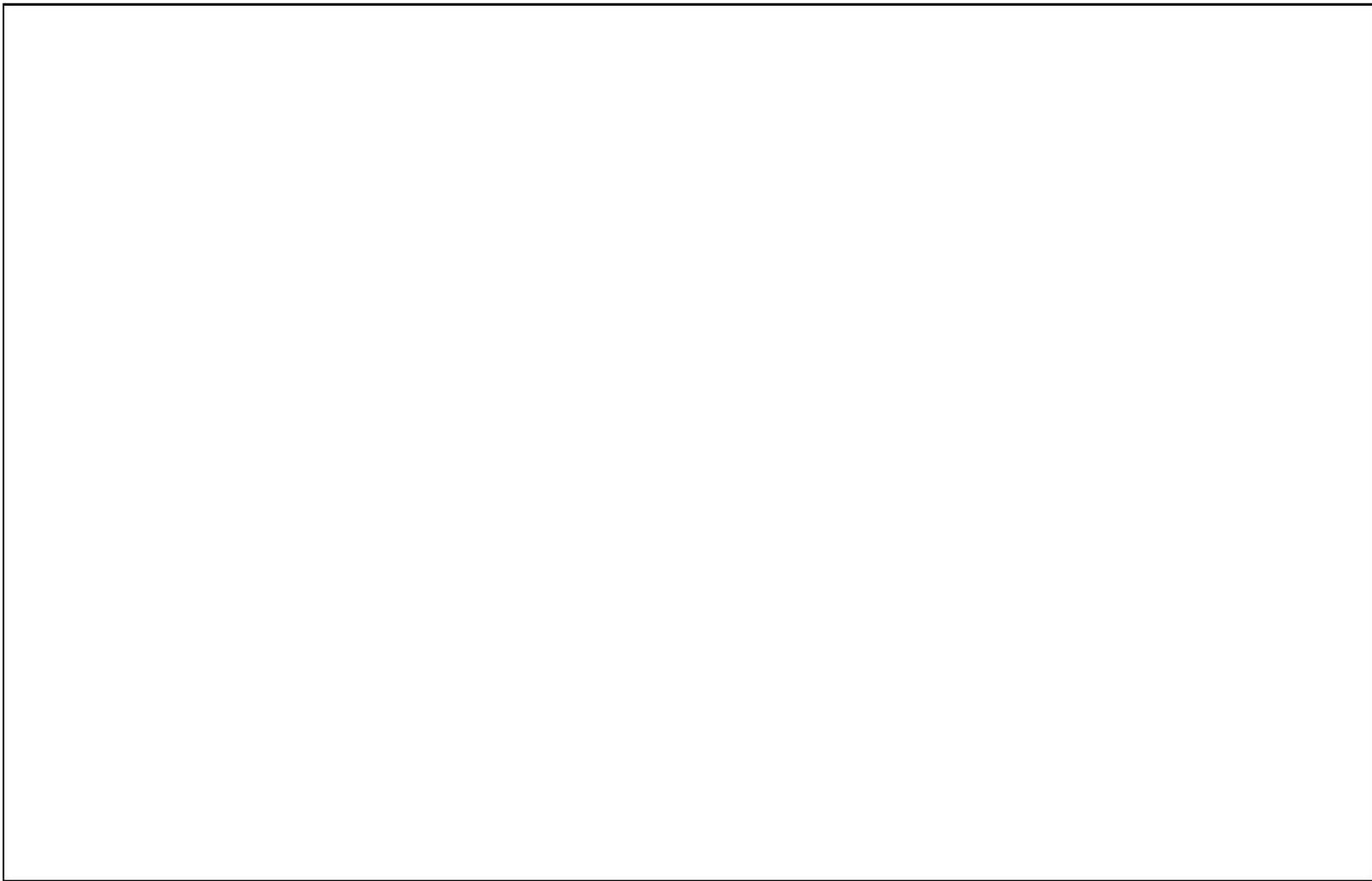
ORIGEM DOS RECURSOS													TOTAL	NÃO	TOTAL
ORÇAMENTÁRIOS												ORÇAMENTÁRIO	ORÇAMENTÁRIOS	GERAL	
CAIXA DO TESOURO	TESOURO VINCULADOS	ARRECADADO - OUTRAS FONTES		VINCULADOS - OUTRAS FONTES											
1.024.522.121	33.868.655	25.260.669		1.060.000								1.084.711.445		1.084.711.445	
TIPO	TÍTULO DA AÇÃO PRODUTO UNIDADE DE MEDIDA		REGIONALIZAÇÃO												TOTAL
	E	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	2012-2015	

Microrregionalização:

- | | | | | |
|--------------------|------------------------------|--------------------|---------------------|--------------|
| E - Estado | 03 - Metrópole Expandida Sul | 06 - Litoral Norte | 09 - Noroeste I | 12 - Caparaó |
| 01 - Metropolitana | 04 - Sudoeste Serrana | 07 - Extremo Norte | 10 - Noroeste II | |
| 02 - Pólo Linhares | 05 - Central Srrana | 08 - Pólo Colatina | 11 - Pólo Cachoeiro | |

Tipo de Ação

- A - Atividade
- P - Projeto
- OP - Operação Especial



A 4704 - CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

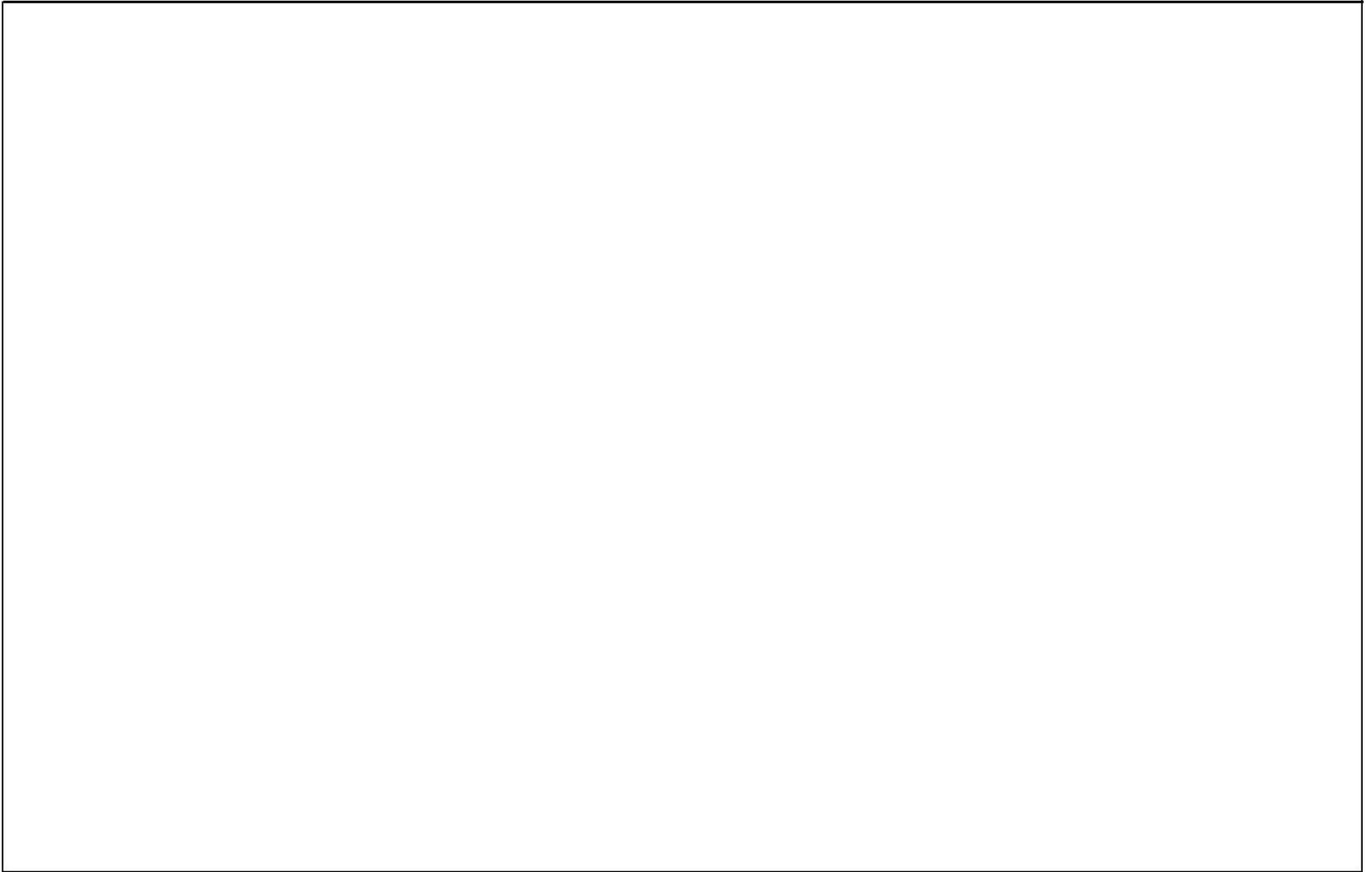
SERVIDOR CAPACITADO E TREINADO	Meta:	500	500
PESSOA	Valor(R\$1,00):	1.344.556	1.344.556

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09 - Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10 - Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Srrana	08 - Pólo Colatina	11 - Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial



Página: 252

OP 0700 - PAGAMENTO DE PESSOAL DECORRENTE DE PROVIMENTOS POR MEIO DE CONCURSO PÚBLICO

RECURSO ASSEGURADO E TRANSFERIDO

Meta: 100

100

PERCENTUAL

Valor(R\$1,00): 37.858.864

37.858.864

Microrregionalização:

E - Estado
01 - Metropolitana
02 - Pólo Linhares

03 - Metrópole Expandida Sul
04 - Sudoeste Serrana
05 - Central Srrana

06 - Litoral Norte
07 - Extremo Norte
08 - Pólo Colatina

09- Noroeste I
10- Noroeste II
11- Pólo Cachoeiro

12 - Caparaó

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

P 1716 - REALIZAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO

CONCURSO REALIZADO

Meta: 4

4

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 448.186

448.186

Microrregionalização:

E - Estado

01 - Metropolitana

02 - Pólo Linhares

03 - Metrópole Expandida Sul

04 - Sudoeste Serrana

05 - Central Srrana

06- Litoral Norte

07- Extremo Norte

08- Pólo Colatina

09- Noroeste I

10- Noroeste II

11- Pólo Cachoeiro

12 - Caparaó

Tipo de Ação

A - Atividade

P - Projeto

OP - Operação Especial

OP 0701 - REESTRUTURAÇÃO DE CARGOS E CARREIRAS E REVISÃO DE REMUNERAÇÃO

RECURSO ASSEGURADO E TRANSFERIDO

Meta: 100

100

PERCENTUAL

Valor(R\$1,00): 68.960.054

68.960.054

Microrregionalização:

E - Estado

03 - Metrópole Expandida Sul

06 - Litoral Norte

09- Noroeste I

12 - Caparaó

Tipo de Ação

A - Atividade

01 - Metropolitana

04 - Sudoeste Serrana

07 - Extremo Norte

10- Noroeste II

P - Projeto

02 - Pólo Linhares

05 - Central Srrana

08 - Pólo Colatina

11- Pólo Cachoeiro

OP - Operação Especial

PPA 2012/2015

PROGRAMAS DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS E ÁREAS ESPECIAIS

PROGRAMA: 0800-APOIO ADMINISTRATIVO

Objetivo: PROMOVER AÇÕES DE APOIO GOVERNAMENTAL NO ÂMBITO DO PODER EXECUTIVO.

Público Alvo: ÓRGÃOS PÚBLICOS ESTADUAIS DAS ADMINISTRAÇÕES DIRETA E INDIRETA DO PODER EXECUTIVO.

Valor Global do Programa:(R\$1,00): 15.817.357.424

ORIGEM DOS RECURSOS

ORÇAMENTÁRIOS				TOTAL ORÇAMENTÁRIO	NÃO ORÇAMENTÁRIOS	TOTAL GERAL
CAIXA DO TESOUREIRO	TESOURO VINCULADOS	ARRECADADO - OUTRAS FONTES	VINCULADOS - OUTRAS FONTES			
15.199.465.276	1.451.308	603.927.460	12.513.380	15.817.357.424		15.817.357.424

TIPO	TÍTULO DA AÇÃO PRODUTO UNIDADE DE MEDIDA	REGIONALIZAÇÃO												TOTAL	
		E	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	2012-2015

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09 - Noroeste I	12 - Caparaó
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10 - Noroeste II	
02 - Pólo Linhares	05 - Central Serrana	08 - Pólo Colatina	11 - Pólo Cachoeiro	

Tipo de Ação

A - Atividade
P - Projeto
OP - Operação Especial

A 2690 - ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE

UNIDADE MANTIDA

Meta: 1

1

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 159.135.945

159.135.945

Microrregionalização:

E - Estado

01 - Metropolitana

02 - Pólo Linhares

03 - Metrópole Expandida Sul

04 - Sudoeste Serrana

05 - Central Srrana

06- Litoral Norte

07- Extremo Norte

08- Pólo Colatina

09- Noroeste I

10- Noroeste II

11- Pólo Cachoeiro

12 - Caparaó

Tipo de Ação

A - Atividade

P - Projeto

OP - Operação Especial

OP 0698 - CONTRIBUIÇÃO PATRONAL AO FUNDO PREVIDENCIÁRIO

CONTRIBUIÇÃO EFETUADA

Meta: 100

100

PERCENTUAL

Valor(R\$1,00): 166.323.710

166.323.710

Microrregionalização:

Tipo de Ação

E - Estado

03 - Metrópole Expandida Sul

06 - Litoral Norte

09 - Noroeste I

12 - Caparaó

A - Atividade

01 - Metropolitana

04 - Sudoeste Serrana

07 - Extremo Norte

10 - Noroeste II

P - Projeto

02 - Pólo Linhares

05 - Central Srrana

08 - Pólo Colatina

11 - Pólo Cachoeiro

OP - Operação Especial

OP 0699 - CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA COMPLEMENTAR

CONTRIBUIÇÃO EFETUADA	Meta:	100	100
PERCENTUAL	Valor(R\$1,00):	25.195,673	25.195,673

Microrregionalização:

E - Estado	03 - Metrópole Expandida Sul	06 - Litoral Norte	09 - Noroeste I	12 - Caparaó	Tipo de Ação
01 - Metropolitana	04 - Sudoeste Serrana	07 - Extremo Norte	10 - Noroeste II		A - Atividade
02 - Pólo Linhares	05 - Central Serrana	08 - Pólo Colatina	11 - Pólo Cachoeiro		P - Projeto
					OP - Operação Especial

A 4708 - DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL

AÇÃO VEICULADA

Meta: 80

80

UNIDADE

Valor(R\$1,00): 13.535.225

13.535.225

Microrregionalização:

E - Estado

01 - Metropolitana

02 - Pólo Linhares

03 - Metrópole Expandida Sul

04 - Sudoeste Serrana

05 - Central Srrana

06- Litoral Norte

07- Extremo Norte

08- Pólo Colatina

09- Noroeste I

10- Noroeste II

11- Pólo Cachoeiro

12 - Caparaó

Tipo de Ação

A - Atividade

P - Projeto

OP - Operação Especial

A 4698 - REMUNERAÇÃO DE PESSOAL ATIVO

PESSOAL REMUNERADO

Meta: 10500

10500

PESSOA

Valor(R\$1,00): 1.602.001.200

1.602.001.200

Microrregionalização:

E - Estado

01 - Metropolitana

02 - Pólo Linhares

03 - Metrópole Expandida Sul

04 - Sudoeste Serrana

05 - Central Srrana

06- Litoral Norte

07- Extremo Norte

08- Pólo Colatina

09- Noroeste I

10- Noroeste II

11- Pólo Cachoeiro

12 - Caparaó

Tipo de Ação

A - Atividade

P - Projeto

OP - Operação Especial

RESOLUÇÃO CES Nº. 784/2012

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 132ª Reunião Ordinária, realizada em 29 de novembro de 2012,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Plano Estadual de Saúde – 2012/2015.

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 novembro de 2012.

José Tadeu Marino

Presidente

Conselho Estadual de Saúde – CES/ES

Homologo a Resolução Nº. 784/2012, 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.