

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
QUADRIÊNIO 2004-2007

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
QUADRIÊNIO 2004-2007

Vitória – ES,
Outubro de 2004.

Governador

Paulo Cesar Hartung Gomes

Vice-governador

Wellington Coimbra

Secretários de Estado:

Agricultura	Ricardo Rezende Ferraço
Casa Civil	Marilza Barbosa Prado Lopes
Casa Militar	José Nivaldo Campos Vieira
Cultura	Neusa Maria Mendes
Desenvolvimento, Infra-Estrutura e Transportes	Rita de Cássia Paste Camata
Educação e Esportes	José Eugênio Vieira
Fazenda	José Teófilo Oliveira
Governo	Neivaldo Bragato
Justiça	Fernando Zardini Antonio
Meio Ambiente e Recursos Hídricos	Maria da Glória Brito Abaurre
Planejamento, Orçamento e Gestão	Guilherme Gomes Dias
Saúde	João Felício Scárdua
Segurança Pública	Rodney Rocha Miranda
Trabalho e Ação Social	Vera Maria Simoni Nacif
Desenvolvimento Econômico e Turismo	Júlio César Carmo Bueno
Superintendente de Comunicação Social	Sebastião Barbosa
Chefe de Gabinete do Governador	Sérgio Aboudib
Coordenador Geral de Ciência e Tecnologia	Fernando Luiz Herkenhoff Vieira
Procuradora Geral do Estado	Cristiane Mendonça
Defensor Público Geral do Estado	Florisvaldo Dutra Alves
Auditor Geral do Estado	Sebastião Carlos Ranna de Macedo
Comandante Geral da Polícia Militar	Cel. PM Luiz Carlos Giuberti
CMT Geral do Corpo de Bombeiros Militar	Cel. Bm Álvaro Coelho Duarte
Delegada Chefe da Polícia Civil	Selma Cristina Sampaio P. Couto

CES-ES - Conselho Estadual de Saúde – Lei 7.189/2002

Representação do Governo Estadual:

Secretaria de Estado da Saúde	Titular	João Felício Scárdua
Secretaria de Estado da Saúde	Titular	Luiz Carlos Reblin
Secretaria de Estado da Saúde	Suplente	Rosane Ernestina Mageste
Secretaria de Estado da Saúde	Suplente	Francisco José Dias da Silva
Secretaria de Estado do Meio Ambiente	Titular	Ericka Milena de Souza Saraiva
Secretaria de Estado do Meio Ambiente	Suplente	Giulianna Calmon Faria
Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS	Titular	João Francisco Frigini
Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS	Suplente	Terezinha Rita D. Dardengo

Representação dos Usuários:

Assoc.Cap. Pessoas com Deficiência	Titular	Luiz Augusto Angelo Martins
Assoc.Cap. Pessoas com Deficiência	Suplente	Célida Rocha Salume Costa
Assoc. P.D.Crônico Degenerativas	Titular	Marcia Patricia de Araujo
Assoc. P.D.Crônico Degenerativas	Suplente	Olinda M. Souza Glicerio
Assoc. D., D. Renais e Transplant.	Titular	Osmar Antônio Riane
Assoc. Portad. de Fibrose Cística	Suplente	Teodora Venturim Pontes
Pastoral da Saúde – Igr. Católica	Titular	Affefe Abdalla Guerrieri
Pastoral da Saúde – Igr. Católica	Suplente	Luiz Cony Guerrieri
Forum Empresarial do ES	Titular	Anibal João Faria de Abreu
Fórum Empresarial do ES	Suplente	Alencar Garcia de Freitas
FAMOPES	Titular	Maria Clara da Silva Pereira
FAMOPES	Titular	Jorge Gonçalves Texeira
FAMOPES	Suplente	Geralda Pires Schmidt
FAMOPES	Suplente	Maria Geni Meriguet Cerut
Assoc. Cap. Proteç. Meio Ambiente	Titular	Maria Betânia Tardin Weichert
Assoc. Cap. Proteç. Meio Ambiente	Suplente	André Ruschi
CUT - ES	Titular	José Anézio Dias do Valle
CUT - ES	Suplente	Paulo Cesar Bernardes
Aposentado - SINDPREV-ES	Titular	Thereza Luiza Trabach
Aposentado - SINDPREV-ES	Suplente	Dneri Maria Ribeiro

CES-ES - Conselho Estadual de Saúde – Lei 7.189/2002 (continuação)

Representação dos Profissionais de Saúde:

Sindicato dos Médicos do ES	Titular	Gustavo A. Reis Lopes Picallo
Sindicato dos Médicos do ES	Suplente	Antonio Carlos P. de Resende
INTERSINDICAL	Titular	Maria Maruza Carlesso
INTERSINDICAL	Suplente	Arlindo Dupeke

Representação dos Prestadores de Serviços:

Hospital Filantrópico	Titular	Sirlene Motta de Carvalho
Hospital Filantrópico	Suplente	Elionete S. de Andrade
Hospital Privado	Titular	Arlindo Borges Pereira
Hospital Privado	Suplente	Maria Aparecida Calasense
Hospital Universitário	Titular	João Batista Pozzato Rodrigues
Hospital Universitário	Suplente	Virginia Machado Cypriano
Santas Casas	Titular	Gilson da Silva Amorim
Santas Casas	Suplente	Nercedes Canal

Secretaria de Estado da Saúde – SESA

Secretário de Estado da Saúde	João Felício Scárdua
Subsecretária de Integração Administrativa	Rosane Ernestina Mageste
Subsecretário de Assuntos Internos	Francisco José Dias da Silva
Superintendente Central de Ações de Saúde	Luiz Carlos Reblin
Superintendente Central de Recursos Humanos	Márcia Cravo Machado
Superintendente Central de Planejamento, Epidemiologia e Informações	Sheila Maria Gomes Castanhola
Superintendente Central Administrativa Financeira	Deusa Regina Telles Lopes
Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde	Aylton Simoneli Júnior
Superintendente Regional de Vitória	Gisalba Maria de Almeida M. Marques
Superintendente Regional de Colatina	Mauricéia Soares Pratissolli
Superintendente Regional de São Mateus	Ítalo Tonon
Superintendente Regional de Cachoeiro de Itapemirim	Francisco Alcemar Rosseto
Coordenadora de Planejamento	Salima de Fátima Ciciliotti

APRESENTAÇÃO

Esta é a versão definitiva do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2004-2007. Uma versão preliminar foi elaborada para discussão do Conselho Estadual de Saúde, o qual apresentou várias sugestões de melhoria que foram incorporadas ao presente texto.

O atraso na elaboração, discussão e aprovação do Plano Estadual de Saúde 2004-2007 se deu em função da crise institucional herdada pelo atual governo, em função das carências emergenciais para garantir o financiamento e funcionamento da rede de serviços do SUS-ES no primeiro semestre de 2003, fruto da desestruturação do órgão central da Secretaria de Estado da Saúde-SESA em 2001/2002, e em razão do grande esforço desenvolvido pela equipe da SESA para desencadear o processo de habilitação do Espírito Santo na Gestão Plena do Sistema Estadual-GPSE, de acordo com a NOAS 01/2002, tendo que elaborar todos os instrumentos de planejamento e gestão estabelecidos como requisitos para a habilitação. Dentre estes, destacaram-se o PDR, a PPI da Assistência, o Plano de Controle, Regulação e Avaliação - PCRA e a estruturação do Fundo Estadual de Saúde-FES, além dos esforços para habilitação dos municípios capixabas em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada-GPABA.

O Plano Estadual de Saúde 2004-2007, mesmo com algumas limitações decorrentes das dificuldades supra-citadas, representa um grande salto de qualidade com relação aos planos elaborados anteriormente. Pela primeira vez na gestão da saúde do Espírito Santo se tem um Quadro de Metas e um Quadro de Ações efetivamente focados na resolução dos principais problemas de saúde do Estado. O Plano registra ainda o processo de desenvolvimento da capacidade institucional da SESA com o objetivo de capacitá-la a desempenhar com competência as macrofunções de regulação e financiamento, bem como da prestação de serviços.

Caberá, naturalmente, aos gestores da Secretaria de Estado da Saúde, ao Conselho Estadual de Saúde e a outros órgãos tais como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde-COSEMS/ES, o trabalho de aperfeiçoá-lo, tendo como referência os relatórios de gestão e os planos de trabalho a serem elaborados a cada ano, a partir de 2004.

João Felício Scárdua
Secretário de Estado da Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	SITUAÇÃO GERAL DA SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO	10
1.1	ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO CAPIXABA	10
1.1.1	Mortalidade	10
1.1.2	Morbidade	15
1.2	O MODELO ATUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO	17
1.2.1	O Controle Social	18
1.2.2	Fundo Estadual de Saúde	20
1.2.3	Situação da descentralização da gestão	20
1.3	SERVIÇOS DE SAÚDE	21
1.3.1	Oferta de leitos na rede do SUS	21
1.3.2	Serviços de urgência e emergência	22
1.3.3	Assistência Farmacêutica	22
2	PROPOSTA DO NOVO SISTEMA DE SAÚDE	24
2.1	PRINCÍPIOS DO SUS	24
2.2	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	24
2.2.1	Atenção Básica	24
2.2.2	Atenção de Média Complexidade	27
2.2.3	Atenção de Alta Complexidade	27
2.2.4	Programas de saúde	29
2.2.5	Vigilância em Saúde	53
2.3	ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	57
2.4	SISTEMA ESTADUAL DE AUDITORIA	58
2.5	PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA – PPI E PACTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA	58
3	ESTRATÉGIAS	60
3.1	ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO BÁSICA	60
3.2	ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE	61
3.3	ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE	63
3.4	ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO DO CARTÃO SUS	63
4	METAS MOBILIZADORAS DA SAÚDE	65
5	QUADRO DE METAS PARA O QUADRIÊNIO 2004-2007	67
5.1	OBJETIVOS E METAS DO QUADRIÊNIO 2004-2007	67
5.2	AÇÕES PRIORITÁRIAS PARA O QUADRIÊNIO 2004-2007	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Taxa de Mortalidade infantil, ES, Sudeste e Brasil, 1993 a 2002	10
Quadro 2 – Mortalidade proporcional por faixa etária – ES – 1993 e 2001	11
Quadro 3 – Mortalidade geral por grandes grupos de causa, ES, 1993 e 2001	13
Quadro 4 – Mortalidade por faixa etária e sexo, ES, 2001	14
Quadro 5 – Mortalidade por tipos de causas externas, ES, 1993 e 2001	14
Quadro 6 – Mortalidade Materna do Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo de 1993 a 2001	15
Quadro 7 – Casos confirmados de algumas das principais doenças de notificação compulsória, ES, 1999 a 2002	16
Quadro 8 – Número e percentual de municípios habilitados por modalidade de gestão. Espírito Santo. Outubro de 2004	20
Quadro 9 - Distribuição de leitos vinculados ao SUS - por especialidades, ES – 1999 a 2003	21
Quadro 10 – Implantação da estratégia de saúde de família, ES, 1998 a 2003	26
Quadro 11 – Objetivos e metas da Saúde do Espírito Santo para o quadriênio 2004-2007	67
Quadro 12 – Objetivos e ações prioritárias da Saúde do Espírito Santo para o quadriênio 2004-2007	89

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Regionalização da Atenção a Saúde no Estado do Espírito Santo	28
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Curva de Mortalidade Proporcional, Espírito Santo, 1993 e 2001	12
Gráfico 2 - Distribuição percentual de casos de Aids segundo faixa etária e sexo. Espírito Santo – 1985-2002*	42
Gráfico 3 – Distribuição do número de casos de Aids do sexo feminino, maior 13 anos, segundo categoria de exposição. Espírito Santo – 1985/2001	43

INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde do quadriênio 2004-2007 obedece a seguinte estrutura lógica:

No Capítulo 1, foi traçado um retrato da saúde no Estado do Espírito Santo nos últimos anos, tomando-se por base indicadores mais recentes de mortalidade e morbidade. Ao mesmo tempo foram lançadas algumas informações sobre a atual situação da descentralização da gestão para os municípios.

Nos Capítulos 2 e 3 foi feita uma descrição do que se pensa consolidar em termos de Sistema de Saúde para o Estado do Espírito Santo bem como das estratégias a serem adotadas. Todo este conteúdo retrata principalmente o ponto de vista do gestor estadual e sintetiza todo o processo de formulação de políticas públicas e de organização da gestão desenvolvido a partir do segundo semestre de 2003 até o presente momento. Reflete ainda o processo de pactuação dos demais instrumentos de planejamento requeridos para habilitação na Gestão Plena do Sistema Estadual (PDR, PPI e PCRA) junto aos gestores municipais e ao Conselho Estadual de Saúde.

No Capítulo 4 foram descritas as metas mobilizadoras para a saúde assumidas pelo atual governo do estado no Plano Estratégico de Governo. Estas metas serão os desafios da saúde do Espírito Santo para os próximos anos.

O Capítulo 5 retrata o quadro de objetivos e metas, bem como o quadro de ações prioritárias da saúde no Espírito Santo no período de vigência do Plano, ou seja, no quadriênio 2004-2007. Tanto o quadro de metas quanto o quadro de ações foram estruturados por eixos de intervenção e por objetivos.

Os eixos de intervenção I e II estão focados na resolução e/ou redução dos problemas de saúde presentes no Estado do Espírito Santo. O eixo de intervenção III foca a estruturação de serviços, enquanto os eixos de intervenção IV, V e VI estão focados na re-estruturação do Sistema Estadual de Saúde, inclusive do Controle Social.

1 – SITUAÇÃO GERAL DA SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO

1.1 - ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO CAPIXABA

1.1.1 - Mortalidade

1.1.1.1 – Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil do Estado do Espírito Santo apresentou redução acentuada até o ano de 1997, quando atingiu o patamar de 18,3 óbitos por grupo de 1000 nascidos vivos, entretanto manteve-se praticamente estabilizada neste patamar até o ano de 2001, voltando a registrar uma boa redução no ano de 2002, quadro 1.

Quadro 1 – Taxa de Mortalidade infantil, ES, Sudeste e Brasil, 1993 a 2002

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	PERÍODO									
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Espírito Santo (*)	30,1	26,3	22,8	21,1	18,3	19,9	17,5	18,6	17,7	15,9
Região Sudeste (**)	28,6	27,5	26,6	25,8	22,8	21,4	19,8	19,1	18,2	-
Brasil (**)	42,8	41,0	39,4	38,0	31,9	30,8	29,1	28,2	27,4	-

Fonte: (*) Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

(**) RIPS – Ministério da Saúde - IDB2003

1.1.1.2 – Mortalidade Geral

A taxa de mortalidade geral, no Estado do Espírito Santo, em 2001, foi de 5,50 por mil habitantes.

Este indicador, em 1993 foi de 5,86 e em 1998 chegou a 6,02. Entretanto, durante os últimos 8 anos, vem oscilando dentro de uma faixa cujo valor mínimo foi de 5,46 atingido em 1997 e de 6,02 em 1998, não apresentando, portanto, nenhuma variação atípica.

1.1.1.3 – Mortalidade Proporcional por Faixa Etária

Nos últimos 8 anos, mesmo com toda a desorganização da Administração Pública Estadual que imperou até o ano de 2002, alguns indicadores de saúde do Espírito Santo registraram significativa melhora, resultado certamente do aperfeiçoamento ano após ano do SUS – Sistema Único de Saúde – e dos investimentos em saúde realizado pelos municípios capixabas.

Nestes termos, pode ser observado, por exemplo, uma mudança razoável na mortalidade proporcional por faixa etária entre os anos de 1993 e 2001, quadro 2, com uma redução percentual de 10,3 para 5,7 em menores de 1 ano e de 2,0 para 0,9 em crianças de 1 a 4 anos, acompanhada de uma elevação percentual de 60,2 para 65,1 de pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais de idade.

Quadro 2 – Mortalidade proporcional por faixa etária – ES – 1993 e 2001

FAIXA ETÁRIA	MORTALIDADE PROPORCIONAL	
	1993	2001
Menor de 1 ano	10,3	5,7
01 à 04 anos	2,0	0,9
05 à 19 anos	4,3	3,9
20 à 49 anos	22,8	24,3
50 anos e mais	60,2	65,1
Ignorado	0,4	0,1

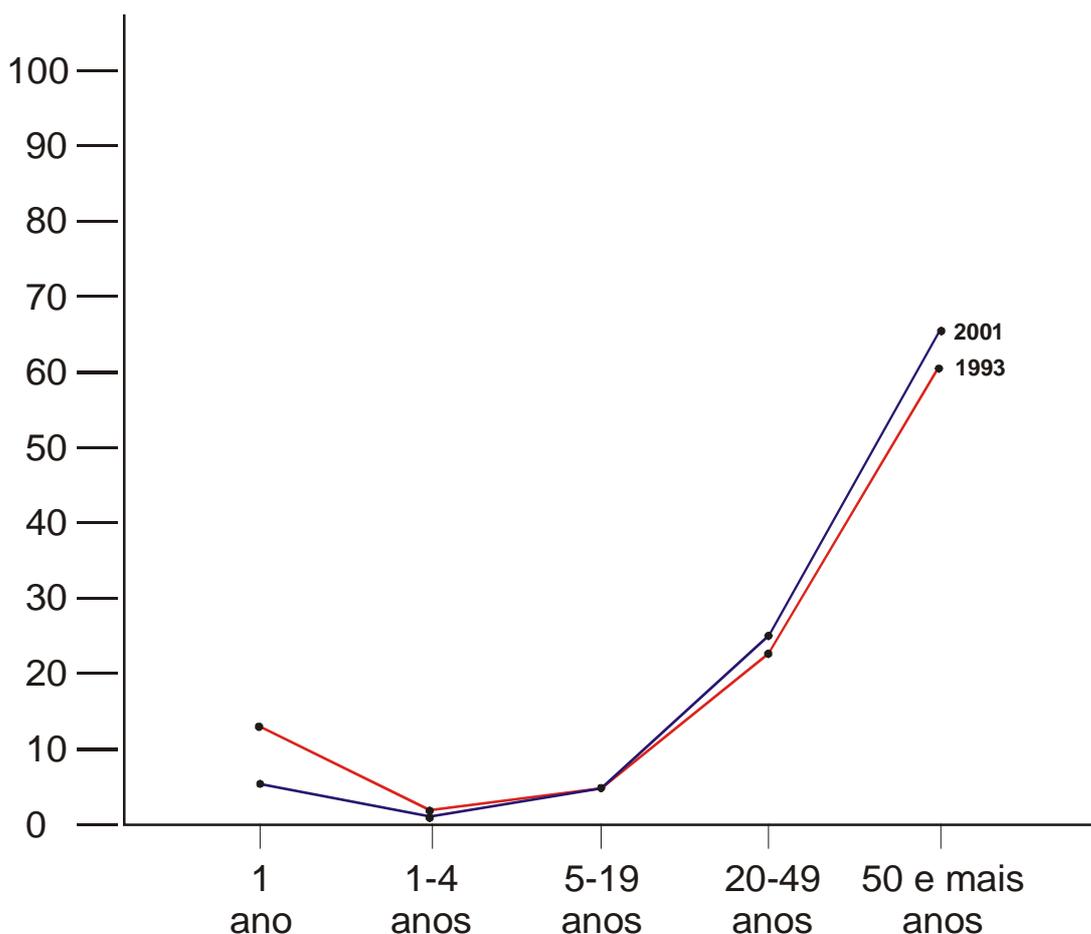
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Esta mudança no perfil da mortalidade foi suficiente para melhorar a Curva de Mortalidade Proporcional do Espírito Santo, conforme pode ser observado no gráfico 1.

Neste gráfico o ideal é que a curva se aproxime cada vez mais de um “J”, ou seja, que um percentual cada vez maior das mortes se dê em idade superior aos 50 anos, pois isto aumenta o índice de longevidade da população, principal indicador para se medir a melhora das condições de saúde de um país ou de um estado.

Sabe-se que nos países mais desenvolvidos o número de mortes na faixa etária acima de 50 anos de idade chega perto 100%, o que significa que a mortalidade nas faixas etárias de até 49 anos se aproxima de zero.

Gráfico 1 – Curva de Mortalidade Proporcional, Espírito Santo, 1993 e 2001



No caso do Estado do Espírito Santo, os significativos ganhos obtidos nas primeiras faixas de idade não resultaram em maiores ganhos em termos de longevidade porque a redução da mortalidade proporcional na faixa de 5 a 19 anos foi pequena, passou de 4,3 para 3,9 pontos percentuais, e, principalmente, porque na faixa de 20 a 49 anos ao invés de redução houve um crescimento de 22,8 para 24,3 pontos percentuais por razões que escapam em certa medida ao âmbito de atuação da saúde, conforme pode ser observado nos estudos de causalidade.

1.1.1.4 – Mortalidade Proporcional por Grandes Grupos de Causas

As cinco principais grupos de causas de morte no Espírito Santo, quadro 3, no ano de 1993 e 2001, bem como no período compreendido neste intervalo, se mantiveram as mesmas e são:

- As doenças do aparelho circulatório;
- Sintomas e sinais achados anormais em exames clínicos e laboratoriais não classificadas;
- Causas Externas
- Neoplasmas e
- Doenças do aparelho respiratório

Quadro 3 – mortalidade geral por grandes grupos de causa, ES, 1993 e 2001

GRANDES GRUPOS DE CAUSAS	MORTALIDADE GERAL			
	1993		2001	
	Óbitos	%	Óbitos	%
Doenças do aparelho circulatório	4.441	28,4	4.611	26,6
Sint sinais achados anorm exam clin lab não classif	3.177	20,3	2.875	16,6
Causas Externas	2.271	14,5	2.892	16,7
Neoplasmas	1.522	9,7	2.217	12,8
Doenças do aparelho respiratório	876	5,6	1.277	7,4
Algumas afecções originadas no período perinatal	768	4,9	575	3,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	695	4,4	830	4,8
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	577	3,7	557	3,2
Doenças do aparelho digestivo	527	3,4	616	3,6
Doenças do sistema nervoso	209	1,3	215	1,2
Malform congênitas deform e anom cromossômicas	196	1,3	169	0,9
Doenças do aparelho geniturinário	180	1,1	223	1,2
Transtornos mentais e comportamentais	111	0,7	116	0,7
Outras causas	111	0,7	181	1,0
Total	15.661	100	17.354	100

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

Dentre estes grupos de causas houve uma redução significativa no percentual do grupo “sintomas e sinais achados anormais em exames clínicos e laboratoriais não classificadas”, em

razão de melhorias efetuadas no sistema de detecção. Porém houve um acréscimo acentuado no número absoluto e percentual das denominadas “causas externas”. Esta elevação do número de óbitos neste grande grupo de causa explica, em grande medida, porque a redução da mortalidade infantil não refletiu fortemente no aumento da expectativa de vida da população, pois este grupo de causa atinge mais fortemente pessoas na faixa etária de 5 a 49 anos, e, conforme pode ser observado no quadro 4, é onde estão concentrados um elevado número de óbitos no Estado do Espírito Santo no ano de 2001.

Quadro 4 – mortalidade por faixa etária e sexo, ES, 2001

FAIXA ETÁRIA	MORTALIDADE			
	Masculino	Feminino	Ignorado	Total
< 1 ano	572	424	3	999
1-4	81	76	-	157
5-19	513	164	1	678
20-49	3067	1148	2	4217
50 ou mais	6289	5010	3	11302
Ignorado	-	-	1	1
Total	10522	6822	10	17354

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

Esta conclusão fica melhor evidenciada ao se estratificar este grande grupo de causas por tipos, quadro 5, onde se constata que os tipos de mortes preponderantes são aquelas causadas por homicídios e por acidentes, sendo nos homicídios onde se registrou o maior crescimento percentual no período analisado, uma elevação nominal de 46,5%.

Quadro 5 – mortalidade por tipos de causas externas, ES, 1993 e 2001

TIPOS DE CAUSAS EXTERNAS	MORTALIDADE		
	1993	2001	VARIAÇÃO %
Homicídios	987	1.446	46,5
Acidentes	1.150	1.297	11,3
Suicídios	94	114	12,1
Outras	40	35	(12,5)
Total	2.271	2.892	27,3

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

1.1.1.5 – Mortalidade Materna

A mortalidade materna, no Estado do Espírito Santo, apresenta-se decrescente até 1997 quando atingiu uma taxa de 24,3, entretanto voltou a subir nos anos seguintes chegando a 44,7 em 2000. Dados da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo indicam que no ano de 2001 a taxa voltou a cair atingindo o índice de 24,9 por cem mil nascidos vivos, quadro 6.

Estes coeficientes são menores que os do Brasil, em 2000, com taxa de 45,8 e Região Sudeste 45,2 por cem mil nascidos vivos, segundo dados da RIPSA – Ministério da Saúde IDB2003.

Quadro 6 – Mortalidade Materna do Brasil, Região Sudeste e Espírito Santo de 1993 a 2002

Região e Unidade da Federação	Taxa de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Espírito Santo (*)	24,3	44,4	43,0	44,7	24,9	36,8
Região Sudeste (**)	58,5	67,8	53,4	45,2	41,9	...
Brasil (**)	61,0	68,0	55,8	45,8

Fonte: (*) – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

(**) – RIPSA – Ministério da Saúde - IDB2003

1.1.2 - Morbidade

O quadro 7 apresenta uma série histórica de 1999 a 2002 com a evolução das principais doenças imunopreveníveis e doenças transmissíveis do Estado do Espírito Santo.

A dengue foi a que apresentou nos últimos anos resultados mais críticos, saltando de 213 casos em 1999 para 16.637 em 2002.

Na hanseníase, ao longo da última década, o Espírito Santo vem conseguindo uma redução acentuada em seu coeficiente de prevalência: 32,60/10.000 hab. em 31/12/1991 atingindo 5,00/10.000 hab. em 2002 (*dado provisório*), reflexo do intenso trabalho desenvolvido nesse período, como informatização das informações, supervisão rotineira, educação continuada dos profissionais de saúde e trabalho constante de prevenção e recuperação do abandono. O percentual de saídas por cura também vem melhorando ao longo

do período, atingindo o parâmetro considerado bom pelo MS, isto é, o percentual de saídas por cura igual a 90%.

Quadro 7 – Casos confirmados de algumas das principais doenças de notificação compulsória, ES, 1999 a 2002

AGRAVO	FREQUÊNCIA			
	1999	2000	2001	2002
Dengue	213	6252	3506	16637
Esquistossomose	3388	3151	4490	5292
Hanseníase	1372	1503	1609	1883
Tuberculose	1691	1648	1705	1674
Meningite	575	573	648	692
AIDS (adulto)	493	344	255	546
AIDS (criança)	52	24	30	33
Leishmaniose tegumentar americana	519	500	435	230
Sífilis congênita (em recém nascido)	122	230	193	111
Malária	4	33	55	82
Doenças exantemáticas (sarampo/rubéola)	44	66	179	33
Doença de chagas	1	1	6	11

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

Apesar do progresso, conseguido pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde que atendem o paciente de hanseníase, o Espírito Santo vem mantendo um crescimento sistemático no coeficiente de detecção: saltou de 3,32/10.000 hab. em 1991 para 5,30/10.000 hab. em 2002 (*dado provisório*), demonstrando não ter conseguido ainda impacto suficiente na circulação do bacilo, capaz de refletir em decréscimo no coeficiente de detecção e colocando em pauta a importância de se identificar estratégias inovadoras de combate à endemia.

A Tuberculose, mostra-se estabilizada com o número de casos oscilando em torno de 1.600 e 1.700 por ano, porém em um patamar muito elevado para o contingente populacional do Espírito Santo.

Os doentes de AIDS, de 1985 até novembro de 2002, somaram 3.126 casos notificados à Coordenação Estadual, sendo 2.122 do sexo masculino (caiu de 71,4% em 2000 para 67,9% em 2002) e 1.004 do sexo feminino (subiu de 28,6% em 2000, para 32,1% em 2001).

1.2 – O MODELO ATUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Até 2003 o modelo de saúde do Estado do Espírito Santo pouca variação apresentou com relação ao período 1999-2000, época em que foi elaborado o Plano Estadual de Saúde para o período 2000-2003.

Durante o período de 1997 a 2002, em média, o Estado do Espírito Santo teve um Secretário de Saúde para cada 8 meses e em nenhuma das mudanças houve qualquer preocupação por parte do governo estadual com a continuidade das ações em curso. Tal situação impediu que o sistema de gestão da saúde pudesse ser aperfeiçoado e, pelo contrário, contribuiu para aprofundar a desorganização.

Uma das conseqüências mais explícitas deste contexto é que o Estado do Espírito Santo sequer está habilitado em qualquer uma das modalidades de gestão do SUS, até a presente data.

Na organização da atenção primária continua sendo adotada a estratégia de implantação dos Programas de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde em ações direcionadas para a promoção, prevenção e proteção das famílias nos locais de residência, sem deixar de atender a parte curativa e de reabilitação.

Até o mês de setembro de 2003 foram constituídas 329 equipes de saúde da família, com atuação em 64 dos 78 municípios capixabas, cobrindo um montante de 35,5% da população do Estado.

Porém, a intercomplementariedade com os níveis de atenção secundário e terciário acontece com um certo grau de dificuldade em parte, porque os serviços de agendamento de procedimento e de regulação de vagas cursam com limitação tecnológica.

O acesso da população a ser conduzida por um Sistema de Referência e Contra-referência não se encontra garantido tanto pelo desconhecimento da oferta de serviços de saúde como pela incapacidade econômica e operacional de ampliação da oferta.

Além disto, a precariedade da oferta de serviços de saúde, em algumas especialidades, vem impondo aos usuários longas esperas, fazendo com que os serviços de agendamento marquem alguns procedimentos para o segundo e o terceiro níveis com intervalo superior a 30 (trinta) dias. Para alguns procedimentos, a ausência da racionalização da oferta leva ao esgotamento dos quantitativos previstos nos contratos antes do vencimento do mês.

Existe escassez de recursos humanos disponíveis para atuar nas especialidades inerentes a atenção secundária e terciária e baixa resolubilidade dos serviços ambulatoriais e

hospitalares na maioria das regiões do Estado destacando-se os serviços de urgência e emergência, ortopedia, neurologia, entre outros.

A destinação desordenada dos recursos, a precariedade da oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, a concentração de equipamentos de alta densidade tecnológica na Região Metropolitana da Grande Vitória têm propiciado dificuldades na recuperação da saúde da população e influenciado negativamente na avaliação da qualidade de vida.

Na atenção de alta complexidade, onde concentram-se os serviços ambulatoriais e hospitalares de alta densidade tecnológica, evidencia-se déficit de cobertura assistencial em várias especialidades.

1.2.1 – O Controle Social

As diretrizes do controle social atuando sobre o Sistema Único de Saúde estão previstas no art. n.º 198, item III da Constituição Federal que integra a participação da comunidade com as ações e serviços públicos de uma rede regionalizada e hierarquizada e que constituem um sistema único. A Lei Federal n.º 8.124 de 28 de janeiro de 1990, no artigo 1º, regulamenta a participação da comunidade criando as instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Os objetivos do Conselho Estadual de Saúde são:

- Garantir ao cidadão a exigibilidade de serviços públicos de qualidade, prestados oportunamente e de modo eficaz;
- Melhorar a qualidade dos serviços;
- Dar efetividade e resolutividade aos serviços prestados;
- Evitar desperdícios;
- Identificar os órgãos e os agentes públicos responsáveis pela prestação dos serviços, corrigir as distorções e serviços da Administração e punir os agentes faltosos;
- Possibilitar a participação na formulação de políticas e definição de programas adequados às necessidades do povo.

A Lei Estadual n.º 4.317 de 04 de janeiro de 1990 instituiu o Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, que foi alterada pela Lei n.º 5.074 de 10 de julho de 1995 e substituída pela Lei n.º 6.056 de 27 de dezembro de 1999.

O artigo 2º da Lei n.º 7.189, de 20 de junho de 2002, que alterou a Lei n.º 6.056, define a composição do Conselho e sua representatividade conforme segue:

“Art. 2º - O Conselho Estadual de Saúde será composto, paritariamente, pelos segmentos ligados aos serviços de saúde e pelos usuários, com a representação a seguir definida:

I – Representantes do Governo:

- a) 02 (dois) representantes da Secretaria de Estado da Saúde, sendo um deles o titular da pasta;
- b) 01 (um) representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS;
- c) 01 (um) representante da Secretaria de Estado do Meio Ambiente – SEAMA.

II – Representantes dos Prestadores de Serviços:

- a) 01 (um) representante dos Hospitais Filantrópicos;
- b) 01 (um) representante dos Hospitais Privados;
- c) 01 (um) representante do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – HUCAM;
- d) 01 (um) representante das Santa Casa de Misericórdia.

III – Representante dos Servidores

- a) 01 (um) representante da categoria profissional dos médicos – SIMES;
- b) 01 (um) representante das demais categorias profissionais INTERSINDICAL;

IV – Representantes dos Usuários:

- a) 01 (um) representante de portadores de deficiência física;
- b) 02 (dois) representantes de portadores de doenças crônicas degenerativas;
- c) 01 (um) representante dos movimentos de saúde vinculados às instituições religiosas;
- d) 01 (um) representante dos Empresários;
- e) 02 (dois) representantes da Federação das Associações de Movimentos Populares do Espírito Santo – FAMOPES;
- f) 01 (um) representante dos Movimentos Ambientais;
- g) 01 (um) representante da federação de trabalhadores – CENTRAL SINDICAL;
- h) 01 (um) representante da Associação de Aposentados do Espírito Santo.

Parágrafo 1º - Cada um dos representantes indicados terá seu respectivo suplente, que o substituirá em suas ausências ou impedimentos.

Parágrafo 2º - O membro do Conselho que faltar a 03 (três) reuniões consecutivas ou 05 (cinco) intercaladas será, obrigatoriamente, substituído pelo representante da mesma categoria.”

Durante os anos de 2001 e 2002 o Conselho Estadual de Saúde esteve praticamente paralisado tendo sido recomposto e voltado a atuar dentro da normalidade a partir de 19/11/2002. Houve a re-estruturação da Secretaria Executiva, instituídas diversas comissões

permanentes e eventuais e revisto o regimento Interno. Está em tramitação na Assembléia Legislativa do Espírito Santo Projeto de Lei elaborado pelo próprio Conselho Estadual de Saúde visando o aperfeiçoamento de sua estrutura e funções.

1.2.2 – Fundo Estadual de Saúde

A Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990 em seu artigo 4º estabelece que os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com fundo de saúde para receber os recursos previstos pela Lei n.º 8.080 (lei orgânica da saúde). O decreto n.º 1.232 de 30 de agosto de 1994 reforça esta exigência quando em seu artigo 2º determina que a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde implementados pelos estados, Distrito Federal e municípios fica condicionada à existência de fundo de saúde e ainda que neste conste a contrapartida de recursos do orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

Em cumprimento a Lei n.º 8.142, o Estado do Espírito Santo criou através da Lei Estadual n.º 4.873 de 10 de janeiro de 1994, o Fundo Estadual de Saúde. Nesta lei estão especificadas as receitas que o constituem, inclusive estabelece prazo para regulamentação. Em 14 de julho de 1995, através do decreto n.º 3.868-N o Fundo Estadual de Saúde foi regulamentado. Em 2003, o Fundo Estadual de Saúde operou com regularidade, entretanto, muitas de suas funções orçamentário-financeiras ainda hoje são desempenhadas na Superintendência Central Administrativo Financeira-SCAF, órgão ligado ao Instituto Estadual de Saúde Pública-IESP que, na prática, tornou-se o executor do Fundo Estadual de Saúde.

1.2.3 – Situação da descentralização da gestão

O Estado do Espírito Santo conta com 78 (setenta e oito) municípios todos habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, NOAS 01/2002, a partir de fevereiro de 2004 até a publicação da Portaria 2023/GM, de 23 de setembro de 2004, que dentre outras coisas, extinguiu esta modalidade de gestão. 35 dos 78 municípios capixabas, encontram-se habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal-GPSM com base na NOB/96, porém nenhum deles ainda em Gestão Plena do Sistema Municipal-GPSM pela NOAS 01/2002.

Quadro 8 – Municípios habilitados por modalidade de gestão. Espírito Santo, outubro de 2004

MODALIDADE DE GESTÃO		Municípios habilitados		
		2002	2003	2004
NOB 01/96	Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB	43	0	0
	Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM	35	35	35
NOAS 01/02	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A	0	76	78
	Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM	0	0	0

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

1.3 – SERVIÇOS DE SAÚDE

1.3.1 – Oferta de leitos na rede do SUS

A oferta de leitos vinculados à rede SUS manteve-se praticamente estável em 2003 com relação aos anos anteriores. Algumas oscilações podem ser observadas de um ano para o outro, conforme quadro 9, entretanto, na média o número absoluto de leitos tem se mantido o mesmo.

Quadro 9 - Distribuição de leitos vinculados ao SUS - por especialidades, ES – 1999 a 2003

ESPECIALIDADES	ANO			
	1999	2000	2001	2003 (**)
UTI	108	155	119	120
UTIN	46	- (*)	56	72
CIRÚRGICA	1.280	1.297	1.301	1.232
OBSTÉTRICA	807	853	814	791
MÉDICA	1.862	1.658	1.813	1.726
PEDIÁTRICA	974	1.028	938	934
PSIQUIÁTRICA	755	788	757	757
REABILITAÇÃO	20	42	20	20
AIDS	-	-	23	24
TISIOLOGIA	-	22	22	22
CRÔNICA	2	-	17	37
TOTAL GERAL	5.854	5.843	5.880	5.735

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

(*) – os leitos de UTIN estão somados aos leitos de UTI

(**) - refere-se ao mês de agosto de 2003.

Na distribuição de leitos por especialidade verifica-se incremento na oferta de leitos de terapia intensiva neonatal, de leitos para AIDS e leitos para crônicos.

A redução de oferta em algumas especialidades reflete o desligamento do SUS de alguns hospitais privados e ainda a redução de oferta na rede filantrópica em função de restrições no financiamento do SUS.

1.3.2 – Serviços de urgência e emergência

No Estado do Espírito Santo visando melhorar a qualidade da oferta de serviços de urgência e emergência, através de reuniões e oficinas macrorregionais e microrregionais, durante o ano de 1999 foram pactuadas com os municípios diretrizes, que nortearam a elaboração de um Plano Emergencial de Organização do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo. Entre estas diretrizes foi pactuada a implantação de Prontos Atendimentos Municipais para organização da demanda e estabelecimento de referencial para a população, investimentos nas unidades hospitalares para atendimento aos pacientes, nas especialidades de ortopedia e em trauma, além da reforma e adequação de área física de algumas Unidades Hospitalares destinada a assistência aos pacientes nas situações de urgência e emergência.

A criação das Unidades de Pronto Atendimento em municípios com ou sem rede hospitalar em sua área de abrangência vem melhorando a resolubilidade, evitando transferências e internações desnecessárias para os municípios vizinhos.

Entretanto muito pouco do que foi previsto foi efetivamente implantado e a questão do atendimento a urgências e emergências continuou sendo, em 2003, um dos maiores gargalos do sistema de saúde do Espírito Santo.

Atualmente estão em curso os trabalhos para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU192 bem como do complexo regulador e das centrais de regulação.

1.3.3 – Assistência farmacêutica

A Assistência farmacêutica no Espírito Santo está sob a coordenação do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), órgão criado através da Portaria nº 174-N de 22/09/1999, que tem como competência serviço de planejamento, programação, implantação das políticas de Assistência Farmacêutica no Estado. Nesse serviço, as ações de aquisição e distribuição de medicamentos visam atingir metas traçadas para

atendimento satisfatório dos usuários de medicamentos portadores de doenças, cadastrados nos municípios capixabas, através de suas Superintendências Regionais (CREs) e das unidades de saúde pública.

Embora o Departamento tenha atingido as metas propostas para os exercícios de 2002 e 2003, perduram algumas dificuldades que deverão ser superadas ao longo dos próximos anos conforme segue:

- Não cumprimento por parte do Governo Estadual e Municipal do pagamento das cotas previstas na Portaria Ministerial nos programas pactuados;
- Falta de pagamento aos fornecedores (laboratórios oficiais, distribuidores, Indústria, etc.), que acarreta a não entrega ou a demora do produto;
- Informatização deficiente nos CREs, inclusive com falta de RH para demanda das APAC'S face o crescente número de pacientes cadastrados nas regionais do Estado do Espírito Santo;
- Falta de lotação no DAF de um veículo para transportar adequadamente os medicamentos aos CREs Grande Vitória;
- Garantia de orçamento anual por parte do Estado para efetiva aquisição do medicamento conforme planejamento programado no Plano Estadual de Saúde;
- Por último, a realização de inúmeras paralisações durante o ano de 2002, por ausência de pagamento salarial, o que deixa o serviço no faz de conta de ser feito e constrangimento no que toca o gerenciamento da Unidade.

2 – PROPOSTA DO NOVO SISTEMA DE SAÚDE

2.1 – PRINCÍPIOS DO SUS

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade com prioridade para as ações promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos serão os balizadores para a construção do novo Modelo de Atenção a Saúde do Estado do Espírito Santo, que será estruturado segundo as orientações preconizadas na NOB 01/96 e NOAS 01/02.

A Secretaria de Estado da Saúde está em processo de desenvolvimento institucional com definição de sua missão, visão e valores, além de redefinição de sistemas técnico operacionais com vistas a implementação efetiva do SUS nos Espírito Santo. As mudanças em curso estão na perspectiva de construção de um novo modelo assistencial para o Estado mediante a implementação de sistemas integrados de serviços de saúde baseados na microrregionalização e tendo a atenção básica à saúde como porta de entrada e organizadora dos demais níveis do sistema.

2.2 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DE SAÚDE

2.2.1 – Atenção Básica

A Saúde da Família é a estratégia que contribui com a reorientação do modelo de atenção à saúde, a partir da atenção primária.

As Unidades de Saúde da Família reorganizadas segundo os princípios de Saúde da Família caminharão gradativamente para serem a porta de entrada do subsistema municipal de saúde. Isto significa, que o primeiro contato da população com os serviços de saúde deve ocorrer a partir de uma Unidade de Saúde da Família.

A organização da atenção primária segue a ótica e ética da Vigilância em saúde considerando-se os princípios relacionados a seguir:

- Integralidade – as ações de promoção, prevenção curativas e de reabilitação estarão integradas por meio da vigilância em saúde;
- Hierarquização – os níveis diferenciados de complexidade com respectiva problematização contém três subprincípios;

- Suficiência tecnológica: a atenção primária deve ter determinada suficiência resolutiva que justifique a realização das ações previstas para serem executadas na Unidade de Saúde da Família, entretanto é insuficiente tecnologicamente para atender demandas que extrapolam a capacidade resolutiva, desta forma o nível de atenção de maior densidade atuará como referência;
- Sistema de Referência: a hierarquização pressupõe a organização do Sistema de Saúde em fluxos de pacientes e informações de gerência e técnico-científicas por meios dos diferentes níveis do sistema, condicionando procedimentos de referência e contrarreferência;
- Intercomplementariedade: a atenção primária pelo grau de suficiência tecnológica e pela posição na rede de fluxos e contrafluxos estabelece relação de intercomplementariedade com os outros níveis do sistema de saúde;
- Intersetorialidade – pela complexidade dos problemas de saúde e seus multideterminantes as soluções envolvem setores fora do âmbito dos serviços de saúde;
- Planejamento e Promoção Local – o território coberto pela Unidade de Saúde da Família será o espaço para a realização do levantamento dos problemas. Este espaço também pode ser chamado de território local;
- Impacto – mudanças quantitativas e qualitativas que venham ocorrer no estado atual e futuro da saúde que sejam atribuídas as ações desenvolvidas;
- Orientação por problema – buscar identificar e explicar os fenômenos com superação da atenção por sintoma ou especialidade;
- Primeiro contato – a saúde da família constitui o primeiro contato com o Sistema de Saúde, pois a demanda para todos os níveis somente deve ocorrer quando referenciado “pela equipe da unidade de Saúde da Família, excetuam-se as urgências e emergências;
- Adscrição – trabalhar, com adscrição em base territorial objetiva a responsabilidade administrativa e técnico-sanitária de uma Unidade de Saúde da Família, sobre seu território-população.

A Estratégia Saúde da Família se assenta em pressupostos contidos na Constituição Federal e Legislação complementar como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, qualificação de pessoal em todos os níveis sem o que o processo não atingirá os objetivos desejados.

No final do ano de 2003, o Estado do Espírito Santo contava, com 338 equipes de Saúde da Família totalizando uma cobertura de 36% da população, quadro 10, e 4.347 Agentes Comunitários de Saúde, perfazendo uma cobertura de 78% da população capixaba.

O incentivo financeiro estadual à implantação de Equipes de Saúde da Família, definido pela portaria 183-N deixou de ser repassado aos municípios em 2001 e 2002. Em 2003 foi integralmente repassado e suspenso novamente em 2004 em função das restrições financeiras vivenciadas no atual momento do Estado, havendo previsão de sua retomada em 2005.

Quadro 10 – Implantação da estratégia de saúde de família, ES, 1998 a 2003

ANO	POPULAÇÃO ESTIMADA IBGE	MUNIC C/ SIAB IMPLANTADO	Nº DE AGENTES COM DE SAUDE	% COBERTURA PACS	Nº DE EQUIPES DE PSF	% COBERTURA DE PSF	Nº DE EQUIPES SAUDE BUCAL	% COBERTURA SAUDE BUCAL
1998/jul	2.895.547	33	612	12,2	24	2,9	0	0
1999	2.938.062	47	1158	22,7	35	4,1	0	0
2000	2.980.729	67	2697	52,1	171	19,8	0	0
2001	3.023.619	75	3495	66,5	282	32,2	0	0
2002	3.201.712	78	4140	74,4	321	34,6	100	10,8
2003	3.201.712	78	4.347	78,0	338	36,0	116	11,1

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde -

PSF - Programa de Saúde da Família -

PSBucal - Programa de Saúde Bucal

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

Com retorno das discussões atuais, o estado também se fortalece no desenvolvimento de seu papel realizando supervisões técnicas, acompanhando as ações desenvolvidas nos municípios, encaminhando, junto aos gestores municipais e à CIB, as irregularidades apontadas, para que o processo de organizações da Atenção Básica possa ter seqüência através da Estratégia Saúde da Família.

2.2.2 – Atenção de Média Complexidade

A atenção de média complexidade será organizada em bases territoriais conforme previsto no PDR, mapa 1, em particular na tipologia assistencial definida para os espaços microrregionais. A regulação do acesso à atenção de média complexidade será feita por intermédio do complexo regulador constituído por centrais de agendamento e outras estruturas conforme definido no Plano de Controle Regulação e Avaliação – PCRA.

2.2.3 – Atenção de Alta Complexidade

A atenção a saúde de alta complexidade é integrada por serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade.

A atenção de alta complexidade, mesmo modo que a atenção de média complexidade, também será organizada em bases territoriais conforme previsto no PDR, mapa 1, porém na tipologia assistencial definida para os espaços macrorregionais.

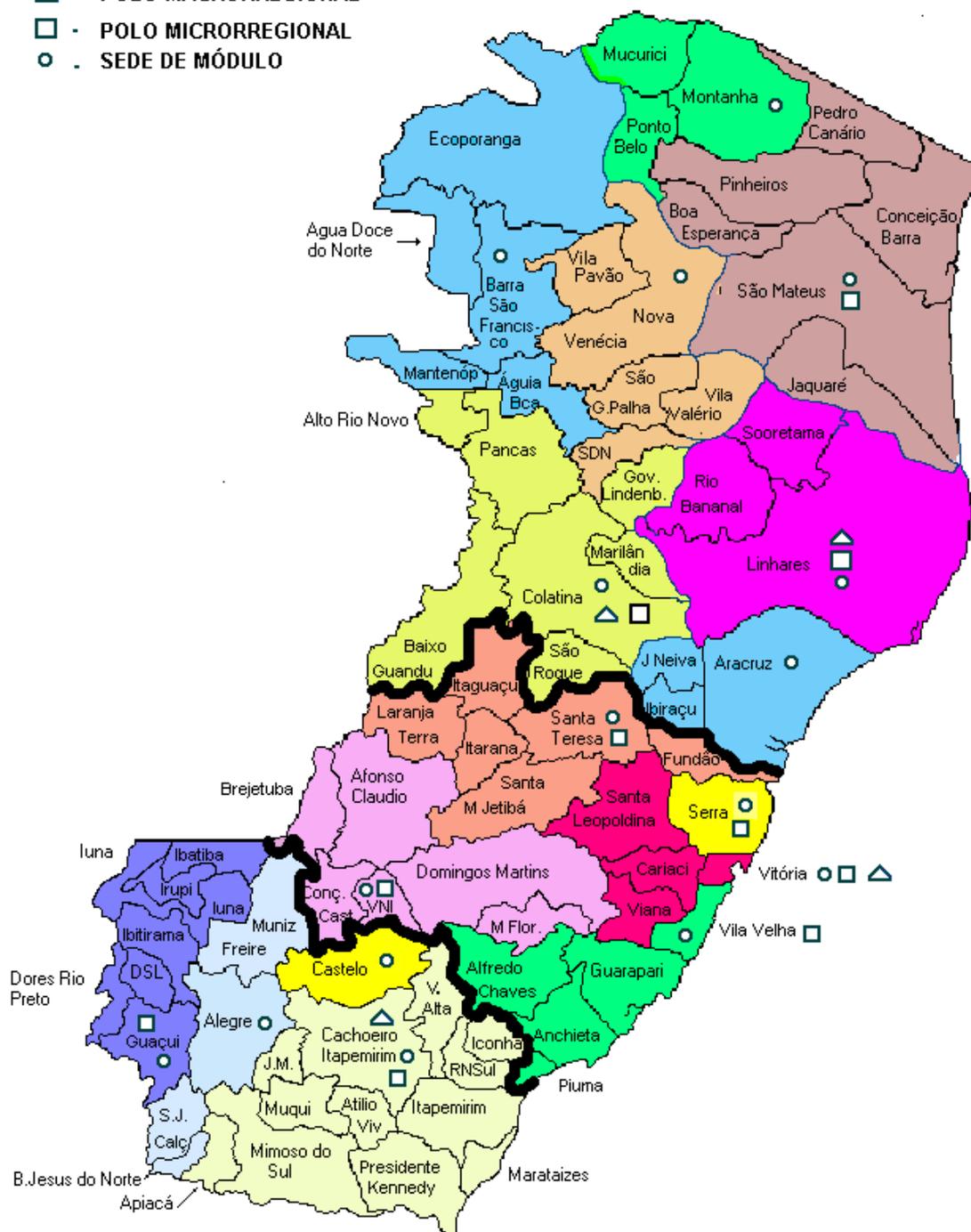
A regulação do acesso à atenção de alta complexidade será feita nas superintendências Regionais de Saúde em especial na Superintendência Regional de Saúde de Vitória que concentra a maior parte destes serviços.

Os recursos assistenciais de alta complexidade, por sua natureza são escassos estando relacionados a uma economia de escala que envolve pelo menos 500.000 habitantes em uma base territorial (macrorregião de saúde).

Mapa 1 – Regionalização da Atenção a Saúde no Estado do Espírito Santo

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

- △ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO



2.2.4 – Programas de saúde

2.2.4.1 – Materno-infantil

Nos países mais desenvolvidos tais como Canadá, Estados Unidos e a maioria dos países da Europa, os coeficientes de mortalidade infantil estão abaixo de 10 por mil nascidos vivos, na Suécia, apenas 4 por mil nascidos vivo.

O Estado do Espírito Santo, no período de 1993 a 2002, apresentou coeficientes decrescentes, variando de 30,7 em 1993 a 15,9 por mil nascidos vivos em 2002.

Mortalidade por Grupo de Causas em Menor de 1 Ano de Idade

As cinco principais causas de morte agrupadas em menor de 1 ano de idade, no período de 1993 a 2001, no Estado, são as seguintes por ordem decrescente:

- 1 - Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal
- 2 - Malformações Congênitas, Defor e Anom Cromossômicas
- 3 – Sintomas e Sinais Achados Anor Exa Clin e Lab Não Class
- 4 - Algumas Doenças Infeciosas e Parasitárias
- 5 - Doenças do Aparelho Respiratório

Apenas as cinco Principais Afecções Originadas no Período Perinatal correspondem a 38,80% dos óbitos em 1999 a 2001.

Assistência ao Pré Natal

Gravidez, parto e puerpério

Apesar do aumento da cobertura de pré-natal, da implantação do PACS e PSF, ainda precisamos melhorar a qualidade para identificação de risco para redução de agravos e da morbimortalidade materna e infantil. Enquanto uma parte das gestantes não conseguem realizar o mínimo de consultas necessárias, outras ultrapassam mais que o dobro necessário, sem contudo ter a garantia de qualidade.

Na maioria das vezes a gestação se dá sem maiores complicações, porém em aproximadamente 15% dos casos pode haver uma evolução desfavorável tanto para o recém-nascido quanto para a própria gestante. Esta paciente compõe o grupo chamado “gestante de alto risco”. Este índice é o que justifica o estabelecimento de um sistema de referência para serviços de gestação de alto risco (ambulatório, maternidade, UTIN e casa da gestante).

Projeto Nascer/Maternidades

Mais de 90% dos casos de AIDS entre menores de 13 anos são causados pela transmissão vertical do vírus HIV. Isto acontece entre outros motivos porque a cobertura de realização de testes para o HIV no pré-natal no país ainda é muito inferior ao desejado. Este quadro preocupante motivou o MS a criar um projeto com o objetivo de diminuir a transmissão vertical do HIV e a morbi-mortalidade da sífilis congênita e melhorar a qualidade da assistência perinatal.

Nesta iniciativa estão envolvidos o Programa de Saúde da Mulher e o Programa DST/AIDS.

O projeto visa treinar os profissionais que atuam na sala de parto de maternidades que foram selecionadas por critérios do MS, a saber: Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Associação Beneficente Pró Matre de Vitória, Hospital Antonio Bezerra de Farias, Hospital Dr Dório Silva, Maternidade Cel. Antonio Leôncio, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, Santa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, Hospital São Camilo e Hospital Rio Doce.

Programa de Saúde do Adolescente e Jovem

Atualmente não existe uma referência específica para o programa de acordo com os dados do Pacto da Atenção Básica. As ações de Planejamento Familiar, DST/Aids e Assistência Clínica são ações realizadas em parcerias com os outros programas, com a Secretaria de Trabalho e Ação Social e a Sociedade de Pediatria.

2.2.4.2 – Atenção à saúde de pessoa portadora de deficiência

A OMS estima que 10% da população de qualquer país são constituídas de pessoas com algum tipo de deficiência. A distribuição da população por tipo de deficiência é de 5% de deficientes mentais; 2% de deficientes físicos; 1,5% de deficientes auditivos; 1% de deficiência múltipla e 0,5% de deficientes visuais. Segundo a OPAS, 3% das pessoas com deficiência não requerem tratamento; 1,5% ou mais necessitam de intervenção para diminuir consequência de incapacidade; 0,8% necessita de educação especial; 1,5% ou mais requerem intervenção para o trabalho e 1% precisam de atendimento em situação especializada.

Em 2001 o Espírito Santo contava com 20 serviços de Reabilitação Municipais, sendo 11 serviços localizados em Municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica (NOB 01/96), 2 serviços estaduais. Após a implantação do P.D.R. os serviços de reabilitação de nível intermunicipal serão localizados nos municípios sedes de módulos. Os serviços de nível intermediário, em pólos macrorregionais, que poderão conceder aparelhos ortopédicos, e 1 (uma) referência estadual cadastrada – Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo.

Baseado na estimativa da O.M.S. o Espírito Santo tem aproximadamente 300.000 pessoas portadoras de deficiência. Os deficientes mentais contam com 67 instituições filantrópicas que prestam assistência educacional e à saúde. Os deficientes visuais contam com 2 instituições filantrópicas – o Instituto Braille e a União de Cegos D. Pedro II (UNICEP) - e duas instituições públicas estaduais que prestam assistência educacional: a Escola Oral Auditiva de Vitória e a de Vila Velha.

No planejamento do atendimento à Pessoa Portadora de Deficiência na área da saúde, foi utilizado como roteiro o propósito e as diretrizes da política Nacional dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, que objetiva reabilitar a pessoa portadora de deficiências na sua capacidade funcional e desempenho humano de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todos as esferas da vida social e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Deste modo ficaram definidas as seguintes diretrizes:

- a) Promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência

Constitui foco dessa diretriz a implementação de ações capazes de evitar obstáculos à vida, das pessoas portadoras de deficiência, o acesso aos bens e serviços sociais. A situação

atual dessa população no Espírito Santo é precária, pois desde novembro de 2000 não há atendimento a portadores de deficiência auditiva. Em janeiro de 2003 havia 1.025 (mil e vinte e cinco) solicitações de aparelho, que devem ser encaminhados ao Setor de tratamento Fora de Domicílio (TFD). Em 2002 não foram comprados equipamentos ou meios auxiliares de locomoção (cadeira de rodas, bengalas...) para portadores de deficiência física, sendo que esse segmento é privilegiado no Estado por contar com o atendimento da Oficina Ortopédica de Órtese e Prótese do CREFES e com atendimento multidisciplinar no tratamento de reabilitação;

A reestruturação do CREFES como Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação do Estado, para atender as condições técnicas preconizadas pela Portaria 818/GM, habilitado em 2002, deverá no prazo de um ano sofrer modificações na estrutura física, adquirir equipamentos, contratar pessoal, criar serviços necessários ao atendimento integral do paciente; ampliar o quadro de recursos humanos capacitados para Oficina Ortopédica, atender a todo Estado do Espírito Santo; funcionar em regime de 24 horas, a unidade de Internação, garantindo atendimento clínico e cirúrgico em diversas especialidades médicas e acesso aos meios diagnósticos necessários. Embora essa Unidade Hospitalar tenha sido construída para atender à Pessoa Portadora de Deficiência, os banheiros não são adaptados para cadeirantes; os azulejos estão caindo; o piso irregular, dificultando a locomoção dos usuários; salas de atendimento sem privacidade necessária e outros problemas que justificam um projeto de reforma interna. O Aparelho Eletromiógrafo é antigo, adquirido em 1986, e ficou praticamente o ano de 2002 com defeito, é o único aparelho para atender toda a rede. O processo de compra de outro aparelho tramita desde 1999.

Os *Ostomizados* têm que deslocar de todo o Estado para pegarem bolsas e equipamentos assistivos no CRE-Vitória, a concessão é realizada apenas pelo Serviço Social, sem equipe para acompanhamento e, em consequência da precariedade dos atendimentos, alguns procedimentos não são faturados. Os profissionais designados na Portaria são o Enfermeiro, o Médico Proctologista, Gastroenterologista e Cirurgião Geral.

Os *Portadores de Deficiência Visual* são atendidos pelo CRE-Vitória, em 2002, não receberam as próteses e os óculos solicitados. As próteses oculares são concedidas de maneira inadequada em relação a cor e tamanho, gerando insatisfação do usuário. A demanda de próteses oculares por ano é de aproximadamente de 24 (vinte e quatro) próteses; para oferecer esse atendimento com qualidade é necessário conveniar com clínica especializada. As receitas para concessão de óculos são sempre vencidas e há muita dificuldade para conseguir uma consulta com Oftalmologista.

A concessão de *Malhas para queimados* localizada no CRE-Vitória ainda não está funcionando de acordo com a necessidade do usuário. Às vezes a malha chega somente algum tempo após a solicitação, quando as seqüelas estão estabilizadas.

A *Assistência Ventilatória Nasal* ou o fornecimento de oxigênio é também de responsabilidade do CRE-Vitória. Este atendimento requer acompanhamento domiciliar realizado por Enfermeiro(a), atualmente e entregue por Assistente Social e não pode ser faturado por não estar de acordo com as Portarias MS-GM nº 1531/01 e MS-SAS nº 364/01.

O *Portador de Deficiência Mental* que faz uso de medicamentos controlados tem ainda algumas dificuldades de acesso a uma consulta com Neurologista bem como à medicação

b) Assistência Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

Essa diretriz indica que a assistência a saúde da Pessoa Portadora de Deficiência não poderá ocorrer somente nas Instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ela o atendimento na rede de serviços nos diversos níveis de complexidade e especialidade.

Na atual conjuntura essa diretriz ainda não é realidade no Espírito Santo, quando a demanda vai além da atenção básica, a dificuldade de acesso a especialidade é para toda a população. Algumas especialidades mais procuradas pelos usuários portadores de deficiência estão entre as menos ofertadas, tais como as consultas neurológicas, oftalmológicas, e alguns exames. As cirurgias consideradas necessárias ao processo reabilitatório dificilmente são realizadas no tempo necessário; como são eletivas, quando os usuários conseguem realizar a cirurgia o potencial de reabilitação está comprometido.

A assistência domiciliar também citada nesta diretriz ainda está em processo de construção. A capacitação para os profissionais de saúde acerca dos cuidados necessários ao portador de deficiência é visivelmente uma necessidade nos níveis de pós-graduação, mas também na assistência diária, para prevenir outras seqüelas. A assistência odontológica para esses usuários está sendo oferecida com pouca dificuldade de acesso. O acesso à medicação ainda apresenta algumas limitações a serem superadas.

c) Prevenção de Deficiências

Essa diretriz visa a implementação de estratégias de prevenção para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que cerca de 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com adoção de medidas apropriadas e oportunas.

A atuação das equipes de saúde da família é fundamental para garantir a detecção precoce de deficiências. A cobertura vacinal, o pré-natal de qualidade, o acompanhamento às adolescentes grávidas, aos hipertensos, diabéticos e aos tabagistas, grupos ou segmentos propensos à deficiência quando não houver estratégias preventivas.

A triagem neonatal é importante nessa diretriz. No Estado o serviço é prestado pela APAE e acompanhado pela Superintendência Central de Ações de Saúde - SCAS. O aconselhamento genético às famílias é prestado pelo Hospital Universitário (HUCAM).

d) Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação

São necessários mecanismos específicos para produção de informações a respeito de deficiências e incapacidades, caracterizando o perfil da clientela. Nesta perspectiva, é importante capacitar profissionais para o registro adequado das internações hospitalares por causas externas.

e) Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência

A organização das ações e serviços se faz necessária em pelo menos três níveis de complexidade: atenção básica, atenção ambulatorial especializada e atenção ambulatorial e hospitalar especializada. Esta organização está prevista no Plano Diretor de Regionalização e no novo modelo de atenção à saúde do Espírito Santo.

f) Capacitação de Recursos Humanos

A escassez de profissionais, com domínio do processo reabilitatório no Espírito Santo, poderá ser superada em poucos anos, pois já há no Estado um número considerável de

faculdades com cursos voltados para reabilitação, ficando a desejar a questão da interdisciplinaridade.

O Centro de Referência em Reabilitação Física do Espírito Santo – CREFES, como centro de referência, deverá capacitar os profissionais em reabilitação nos três níveis de complexidade do sistema de atenção à saúde do Estado.

2.2.4.3 – Saúde Bucal

Em 28 de dezembro de 2000 sob a portaria 1.444, o MS estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios através do Programa de Saúde da Família.

Tecnicamente podemos dizer que a odontologia se encontra dentro de padrões aproximados às melhores experiências mundiais, resultado do grande intercâmbio cultural entre as nações favorecido pela globalização. Paradoxalmente, todo este progresso mencionado não trouxe proporcionalmente as melhorias esperadas.

Uma análise da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e do IBGE, demonstra que a situação do atendimento médico-odontológico no campo e também nas cidades não muito diferente da verificada no início do século passado. Nada menos que um terço dos moradores da área rural (cerca de 10 milhões de pessoas) nunca foi ao dentista e 55% da população do campo nunca esteve num consultório médico.

Analisando o atendimento odontológico, observa-se pelo que mostra a PNAD que o problema também está na cidade, onde 20 milhões de brasileiros também não sabem o que é uma consulta odontológica. Ou seja, no total 30 milhões de brasileiros (18,7 % da população) nunca foram ao dentista.

A Secretaria Estadual de Saúde realizou em 1995 o último estudo epidemiológico de âmbito estadual na área da Saúde Bucal. Na ocasião obedecendo a metodologia preconizada pela OMS, o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) para a dentição permanente na faixa etária de 06 a 12 anos foi o adotado, para nos fornecer parâmetros de comparabilidade com diversos estudos realizados no Brasil e no mundo.

O resultado encontrado foi de um CPO-D de 5.0 aos 12 anos de idade, resultado este considerado muito alto.

Em 1996, o Ministério da saúde realizou nas capitais brasileiras um estudo epidemiológico, no qual a capital do Espírito Santo, Vitória, apresentou um índice CPOD 1,47

aos 12 anos de idade. E em 2000, a OMS preconizava como aceitável um CPO-D médio de 3.0 aos 12 anos.

Esses estudos demonstraram uma importante modificação de tendência através da redução da prevalência de cárie dentária na população infantil, devido á utilização de medidas preventivas tais como: Fluoretação das águas de abastecimento público, introdução do flúor nos cremes dentais e a sistemática abordagem dos trabalhos educativos e preventivos realizados em escolares.

Associado à tendência de declínio observa-se um fenômeno que os especialistas chamam de polarização da doença, em que uma determinada proporção da população concentra a maior parte da incidência de cárie, o que torna um desafio para os administradores públicos.

O Programa “A Saúde Sorrindo Para Todos” surgiu em 2001, e faz parte da estratégia do Programa de Saúde Bucal da SESA. Em 2002 foram capacitados aproximadamente 1500 professores da rede pública, beneficiando em torno de 10 mil alunos dos ensinos infantil e fundamental em oito municípios, entre eles, Colatina, Ecoporanga, Marataízes, Marechal Floriano, Itapemirim, Pinheiros, São Mateus, Santa Maria de Jetibá, Piúma.

Os objetivos Gerais do Programa são:

- Reduzir a incidência de cárie e doenças da cavidade oral nos municípios do Estado do Espírito Santo, com ênfase na faixa etária de 0 a 14 anos e gestantes buscando o que preconiza a OMS como metas para o ano de 2010 (zero de índice de dentes cariados, perdidos e obturados aos 05 anos de idade, aos 12 anos somente um dente cariado, aos 18 anos nenhum dente perdido).
- Aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, reduzir o número de procedimentos mutilatórios (exodontias). Em parceria com o Programa do Câncer, contribuir na prevenção e diagnóstico precoce de câncer de boca na população. Promover um programa de saúde bucal abrangente a todos os Pacientes Especiais e aos pacientes portadores do HIV.
- Melhorar a qualidade do atendimento odontológico oferecido à população através de cursos de capacitação oferecidos aos profissionais da área, com ênfase na Estratégia Saúde da Família.

2.2.4.4 – Assistência integral à saúde da mulher

Promover a atenção integral à saúde da mulher exige um olhar crítico permanente sobre as demandas históricas, atendidas ou não até o momento, assim como para questões emergentes. Este é um princípio que deve nortear a elaboração de projetos e a prestação de serviços nas unidades básicas, secundárias e terciárias. O princípio da integralidade, juntamente com a abertura do sistema para todos os cidadãos e cidadãs (universalidade) e o tratamento não discriminatório (equidade), inspiram as práticas de saúde junto à clientela.

Por sua vez, é necessário compreender que a incorporação de novos problemas, ou mesmo o enfrentamento dos mais antigos, não depende exclusivamente da vontade dos prestadores de serviços. Ela avança em conjunto com o processo de organização e estruturação da rede. E este processo tem a medida, a rapidez e a qualidade do controle social exercido nos diferentes níveis de poder e gestão.

Com esta perspectiva, o Governo do Estado do Espírito Santo e a Secretaria de Estado da Saúde/SESA lançaram, em 2004, o Programa Estadual de Redução da Mortalidade Infantil e Materna / **Pró-vida** com:

- Reorientação do foco hospitalocêntrico para a atenção integral;
- Estruturação da 1ª rede de atenção integral - mulher e criança - iniciando a efetiva implantação do P.D.R..;
- Mudança de foco da ação centrada na cura para a prioridade do cuidado;
- Ênfase na atenção primária resolutiva e qualificada (regulação e financiamento)

Estratégias desenvolvidas:

- Realização de um diagnóstico da mortalidade materna e infantil no ES - até 31 de agosto de 2004;
- Elaboração de um protocolo com linhas-guia para pré-natal, parto, puerpério e atendimento da criança até um ano de idade - até 30 de outubro de 2004;
- Estímulo à implantação de Comitês de Investigação da Mortalidade Materna e Infantil nos 78 municípios do ES - até junho de 2005.

Ações a serem desenvolvidas pela SESA/ES:

- Compra de equipamentos;
- Aumento da disponibilidade de leitos para gestantes e bebês (UTI's e UTIN's , alto risco, etc);

- Adequação de hospitais, para atendimento da demanda, por microrregião e macrorregião;
- Capacitação e/ou contratação de profissionais para realização de procedimentos especializados;
- Abordagem dos municípios para o seguimento do protocolo estadual, havendo, assim, uma regulamentação de condutas;
- Incentivos à adesão aos programas nacionais oferecidos pelo Ministério da Saúde, tais como o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPNN), o SIS-Pré-Natal e outros;
- Reestruturação dos serviços para encaminhamento das gestantes aos centros de especialidades, aos ambulatórios obstétricos de alto-risco, às maternidades e às consultas puerperais (redes de atenção primária);
- Reserva de vagas de consultas especializadas para retorno das pacientes e seus recém-nascidos de risco, após alta hospitalar;
- Ampliação da oferta de medicamentos e de exames complementares de média e alta complexidade;
- Implantação de ambulatórios regionais para gestante de alto-risco;
- Localização das maternidades regionais para gestantes de alto-risco;
- Criação da COMISSÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA - PRÓ-VIDA, de caráter intersetorial, com a participação das secretarias estaduais, secretarias municipais, entidades de classe, organizações não governamentais (ONGs) e sociedade civil para avaliação das ações.

2.2.4.5 – Controle da Hanseníase

Ao longo da última década, o Espírito Santo vem conseguindo uma redução acentuada em seu coeficiente de prevalência: 32,60/10.000 hab. em 31/12 /1991 atingindo 5,00/10.000 hab. em 2002 (dado provisório), reflexo do intenso trabalho desenvolvido nesse período, como informatização das informações, supervisão rotineira, educação continuada dos profissionais de saúde e trabalho constante de prevenção e recuperação do abandono. O percentual de saídas por cura também vem melhorando ao longo do período, atingindo o parâmetro considerado bom pelo MS, isto é, o percentual de saídas por cura igual a 90%.

Apesar do progresso, conseguido pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde que atendem o paciente de hanseníase, o Espírito Santo vem mantendo um crescimento

sistemático no coeficiente de detecção saltando de 3,32/10.000 hab. em 1991 para 5,30/10.000 hab. em 2002 (*dado provisório*), demonstrando não ter conseguido ainda impacto suficiente na circulação do bacilo, capaz de refletir em decréscimo no coeficiente de detecção e colocando em pauta a importância de se identificar estratégias inovadoras de combate à endemia.

Incentivar a busca de caso e garantir o tratamento, evitando o abandono e fornecendo os demais cuidados necessários ao paciente, é o principal objetivo da Coordenação Estadual das Ações de Controle da Hanseníase que vem, desde 2000, atuando no sentido de descentralizar as atividades referentes ao controle da endemia para as equipes de saúde da família garantindo atendimento e controle mais perto do cidadão.

Apesar de todos os esforços e avanços acima descritos, alguns serviços ainda possuem uma baixa cobertura de exames de contatos, deficientes avaliação do grau de incapacidade, falta de seguimento de normas, abordagem inadequada das reações, além de pouca prática na utilização dos dados para avaliações e tomadas de decisões, além da falta de participação do usuário na definição e acompanhamento das ações do programa, e déficit de enfermeiros. Também persistem em alguns serviços uma prática isolacionista e resistência em descentralizar, além de insegurança das equipes de Saúde da Família em assumir algumas ações de controle da hanseníase de sua competência.

2.2.4.6 – Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes

No ano de 2001 foi apresentado pelo Ministério da Saúde o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em articulação com as sociedades científicas (Hipertensão, Diabetes e Nefrologia), Federações Nacional dos Portadores e Secretarias Estaduais e Municipais, cujos objetivos são:

- Realização de ações de prevenção primária dos principais fatores de risco cardiovasculares;
- Identificação, cadastramento e vinculação às equipes de atenção básica os portadores destes agravos, através do SIS-HIPERDIA;
- Implantação do protocolo na atenção básica de assistência aos hipertensos e diabéticos;
- Apoio às secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no processo de insumos necessários.

Foram realizadas duas grandes campanhas nacionais para detecção dos suspeitos de serem portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, tendo sido agendados para vinculação às UBS (unidades básicas de saúde). Todos os municípios do Espírito Santo fizeram a adesão ao plano de reorganização e ao plano de assistência farmacêutica.

No ano de 2003 o programa adotou as seguintes estratégias:

- Integração com as equipes Municipais de Saúde da família e programa de agentes comunitários, visando a busca ativa para detecção de novos casos suspeitos e o cadastramento e acompanhamento dos portadores dos agravos;
- Sensibilização dos gestores municipais e profissionais da rede básica através da realização de eventos (seminários) e visitas aos Centros Regionais de Especialidades (CRE) e ambulatórios de referencia;
- Aquisição e distribuição de material educativo (folder, cartazes) aos municípios;
- Articulação e integração com o HUCAM objetivando realização de ações de detecção e tratamento de lesões em órgãos alvo;
- Integração com o Programa “AGITA ESPIRITO SANTO”, visando o combate ao sedentarismo que representa um importante fator de risco cardiovascular.

2.2.4.7 – Saúde Mental

A atenção integral aos indivíduos com transtornos mentais é a prioridade na política estadual de saúde mental. Esta política, embasada nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, tem como pressupostos a inclusão social, a reabilitação psicossocial e a habilitação da sociedade para conviver com as diferenças.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001, reafirma esta concepção ao definir: “A reorientação do modelo assistencial, está pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde”.(Relatório final da III Conferência nacional de Saúde Mental/MS).

O processo de implantação da política Estadual de Saúde Mental tem se constituído em desafio para gestores, trabalhadores de saúde, usuários e familiares, fato este que tem dado sinais de avanço na implantação de novos serviços.

A atenção a estes indivíduos na esfera da saúde, entretanto, está ainda em 2003 centrada na lógica hospitalocêntrica, centralizada e concentrada, principalmente nas regiões

metropolitana e sul. Tal afirmativa pode ser comprovada ao analisarmos as informações disponíveis no sistema que apontam para:

- Concentração dos recursos do SUS no hospital psiquiátrico em detrimento dos serviços ambulatoriais de base comunitária.
- Concentração de serviços ambulatoriais na Região Metropolitana da Grande Vitória.
- Vazio territorial de serviços ambulatoriais e hospitalares nas macrorregiões norte e noroeste, dificultando a identificação de dados epidemiológicos para subsidiar o planejamento da política.
- Escassez de enfermarias em hospitais gerais na rede SUS, para atenção a usuários de álcool e outras drogas e a psicóticos de forma geral. Atualmente apenas o Hospital da Polícia Militar possui este serviço.
- Inexistência de porta de entrada para internação hospitalar nas macrorregiões sul, norte e noroeste. A porta de entrada do sistema na metropolitana está localizada no Hospital São Lucas, através do atendimento de Urgência Psiquiátrica, com funcionamento 24 horas.
- A rede assistencial de atenção aos indivíduos com transtornos mentais cobre aproximadamente 39% dos municípios, com a seguinte configuração: 08 CAPS, 31 equipes mínimas de saúde mental, em 26 municípios, 01 Ambulatório de Referência, 05 serviços com consulta psiquiátrica, situados nos Centros de Referência de Especialidades e Policlínica.
- A baixa oferta de cursos de formação de recursos humanos para atuar sob a diretriz deste novo modelo.
- Existência de população residente no Hospital Adauto Botelho, decorrente do processo de segregação por internação de longa permanência.

Diante desta situação, o Programa de Saúde Mental vem adotando ao longo dos últimos anos as seguintes estratégias:

- Articulação e integração com as equipes municipal e estadual Saúde da família e programa de agentes comunitários, visando à identificação, acompanhamento e orientação aos familiares e às pessoas com transtornos mentais;
- Sensibilização de dos gestores, profissionais de saúde e sociedade em geral através de vinculação de informações e eventos visando a incorporação do modelo de atenção integral às pessoas com transtornos mentais;

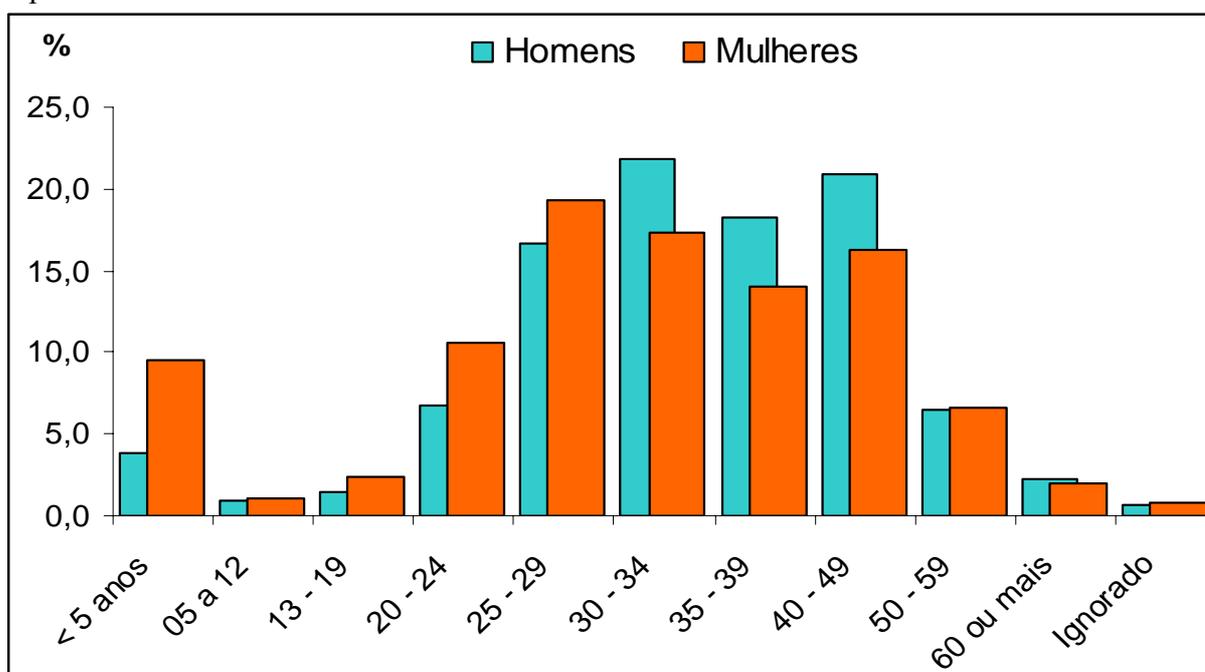
- Articulação com o Conselho Estadual Antidrogas, Rede de Atenção aos usuários de drogas, Secretarias Municipais de Saúde, visando a implantação do Programa de Atenção Comunitária aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.
- Envolvimento da direção e dos profissionais de saúde do Hospital Adauto Botelho, objetivando reabilitação psicossocial dos moradores da Unidade de Ressocialização através da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Articulação intra e interinstitucional entre a Secretaria de Estado da Saúde, Universidades e Gestores, objetivando a implantação do Pólo de Formação em Saúde Mental.

2.2.4.8 – Doenças sexualmente transmissíveis/AIDS

O perfil da epidemia de AIDS no Espírito Santo acompanha as estatísticas nacionais. A proporção homem/mulher que em 1991 era de 10/1, mudou para 3/1 em 1995 e em 2002 apresenta 1.6 homem para 1 mulher.

Até 1992 as mulheres representavam 12,4% dos casos (51/360 p. = 7:1). Em dez anos, esse percentual aumentou mais do que o dobro e este fato reflete-se de forma importante na causa da Aids em crianças.

Gráfico 2 - Distribuição percentual de casos de Aids segundo faixa etária e sexo. Espírito Santo – 1985-2002*



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

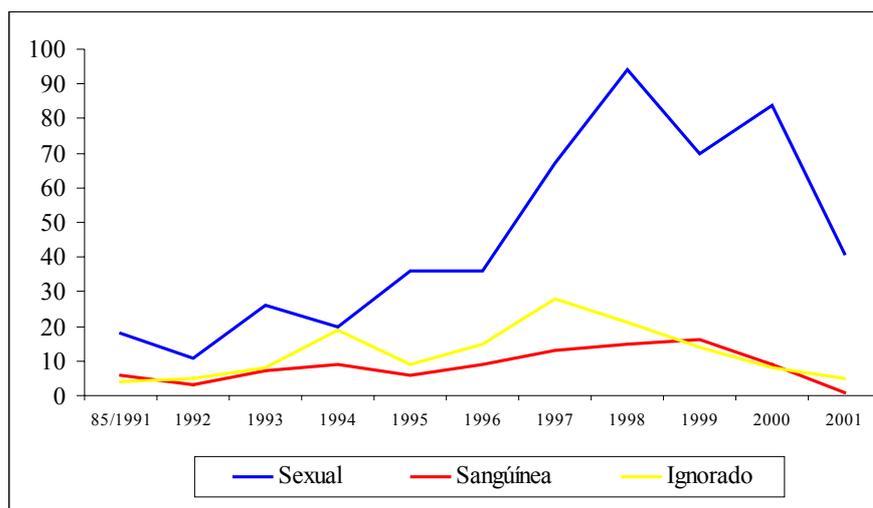
O número de gestantes HIV+ identificadas, somente nos primeiros nove meses de 2002, foi de 78 casos, representando 0,3% de todas as gestantes atendidas pelo SUS.

Quanto à categoria de exposição entre indivíduos acima de 13 anos, a via sexual continua sendo a mais importante forma de contaminação (59,5%) com um aumento percentual de 35,6% na categoria heterossexual, seguida da contaminação pela exposição por Uso de Drogas Injetáveis (UDI), permanecendo a maior incidência na faixa etária de 20 a 49 anos e entre a população de baixa escolaridade.

No que se refere às DST, a implementação da notificação compulsória, em 2001 evidenciou a maior ocorrência das Hepatites B/C, Sífilis (adulto e congênita) e síndrome do corrimento cervical.

Entre os Municípios com maior número de casos de Aids no Estado temos Vitória, Vila Velha, Cariacica e Serra (integrantes da Região Metropolitana) que estão incluídos entre os cem primeiros de maior incidência proporcional da doença entre os 5.500 Municípios brasileiros. Entre os duzentos com maior número de casos de Aids em mulheres, o Espírito Santo também aparece com Cachoeiro de Itapemirim e Guarapari, além daqueles citados acima.

Gráfico 3 – Distribuição do número de casos de Aids do sexo feminino, maior 13 anos, segundo categoria de exposição– Espírito Santo – 1985/2001



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde

Setenta e dois municípios do Estado (92,3%) apresentam pelo menos um caso notificado de Aids. Os Municípios com maior taxa de incidência no Estado (acima de 100

casos de Aids para cada 100.000 habitantes) são Vitória, Vila Velha, Viana, Serra, Cariacica, Guarapari, Piúma e Colatina. Além destes, os Municípios de Cachoeiro de Itapemirim, Linhares e São Mateus ultrapassam de forma preocupante, 60 casos da doença.

O aumento na quantidade de serviços de especialidades em HIV, Aids e Outras DST (testagem, aconselhamento, tratamento, acompanhamento e assistência domiciliar) é evidente no Estado e a ampliação da qualidade é constantemente perseguida com a realização de inúmeros eventos de atualização dos profissionais nas diversas questões que envolvem a prevenção e assistência nos serviços de todo o Estado.

Nos últimos anos houve melhoria de estrutura física e ampliação de abrangência da ação de todos os serviços de referência com a sistemática aquisição de materiais permanentes e equipamentos necessários, cuja distribuição é feita de acordo com discussão viabilizada em reuniões da Câmara Técnica de HIV e Aids (grupo formal, interinstitucional representativo de todos os serviços de referência e ONG, liderado pela Coordenação Estadual de DST e Aids).

Num Estado com pequena extensão territorial, menos de 100 (cem) municípios e sem excesso de população como em grandes centros, evidentemente tudo parece ser um pouco mais fácil. Entretanto, considerando a análise de situação que evidencia: imensa gama de meios facilitadores para uma grande mobilidade de sua população e de população imigrante, vários portos e aeroportos, ferrovia interestadual, rodovias federais cortando o Estado verticalmente e horizontalmente, litoral por toda a sua extensão e, ainda, coalhado de carnavais fora de época durante todo o ano, torna-se mais fácil ainda concluir que a circulação de drogas e a atividade sexual profissional têm vasto campo de proliferação e, essa conjuntura facilita a ampliação do número de pessoas em situações de risco acrescido.

Observa-se que há uma concentração de casos da doença na Região Metropolitana e um correspondente número maior de serviços de referência e hoje podemos afirmar que o acesso está garantido no Centro, Norte e Sul quase equitativamente. Entretanto, existe uma lacuna gerada pela inexistência de compromisso dos gestores de alguns Municípios com situação epidemiológica preocupante, situados na própria Região Metropolitana.

2.2.4.9 – Atenção à saúde do idoso

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação

daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Desde modo, no elenco de ações básicas de saúde, deverão ser reforçadas as ações de detecção precoce de enfermidades não-transmissíveis, como forma de reduzir as principais causas de óbito dos adultos, que são as doenças do aparelho circulatório (doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares). A mortalidade por estas causas pode ser devida, pelo menos em parte, à presença de fatores de risco modificáveis como o fumo, inatividade física, obesidade, dislipidemia e controle inadequado da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus.

O empenho atual do Ministério da Saúde visando a identificação e tratamento adequado de indivíduos hipertensos e diabéticos pode contribuir para a redução destas causas de mortalidade e incapacidades e a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Estão ainda no elenco de ações preventivas de primeiro nível:

- O emprego de vacinas contra tétano, influenza gripe e pneumonia pneumocócica;
- Protocolos de prevenção de todas os cânceres, e em especial os do colo retal, pulmão, mama e próstata;
- Medidas para interrupção de vícios como o alcoolismo e o tabagismo, este último, razão de alta prevalência de doenças respiratórias entre os idosos;
- Orientações para a prática de atividade física sistematizada, como forma de afastar o sedentarismo em todas as faixas etárias;
- Medidas de prevenção da Osteoporose
- Protocolos de diagnóstico precoce de distúrbios tireoidianos
- Avaliação do estado nutricional e orientações pertinentes;
- Avaliações rotineiras para avaliar a audição e estabelecer o uso de próteses auditivas;
- Avaliações rotineiras da capacidade visual e indicação da necessidade de implante de lentes para correção da catarata;
- Avaliação rotineira da saúde bucal para identificação precoce de câncer e quadros infecciosos da cavidade oral, de funcionalidade da boca e boa adaptação de próteses.

Nas ações preventivas de segundo nível, é fundamental o empenho para que sejam adotados nos serviços de saúde as escalas de avaliação do estado de saúde mental e de atividades de vida diária, como forma de acompanhar as possíveis perdas da capacidade funcional. Sendo assim, deverão fazer parte das ações básicas de saúde as medidas de

preservação da capacidade funcional indicadas pela Política Nacional do Idoso/Ministério da Saúde, entre as quais destacam-se:

- Antecipação de danos sensoriais, com rastreio precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos;
- Prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal;
- Prevenção de deficiências nutricionais;
- Utilização de protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como risco de quedas, depressão, perdas cognitivas;
- Avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente doméstico, com vistas à prevenção de perda da independência e autonomia;
- Prevenção do isolamento social com desenvolvimento de atividades educativas e estímulo à participação em atividades associativas e laborativas que reforcem a manutenção da vida ativa e participativa na comunidade.

Para o alcance da melhoria das condições de saúde da população idosa, o bom desempenho das ações de saúde depende de investimento em capacitação para o desenvolvimento de recursos humanos, com direcionamento interdisciplinar.

A carência de educação gerontológica e geriátrica perpassa todas as áreas de atenção à saúde, desde a básica até a reabilitação, e a mudança deste quadro, sem dúvida começa pelo modelo de saúde atual constituído pelos profissionais dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e da Saúde da Família.

Como forma de subsidiar o necessário processo educativo, estudar os indicadores de saúde da população idosa pode ser o ponto de partida para estabelecer as práticas implicadas.

Pode-se apontar alguns marcadores conhecidos em levantamentos estatísticos e pesquisas, quais sejam:

- O aumento da expectativa de vida, acompanhando a diminuição da mortalidade infantil;
- A prevalência de desnutrição e anemia nesta faixa etária;
- A hospitalização por Pneumonia, DPOC;
- Hospitalização por Fraturas de Quadril e de Fêmur;
- A hospitalização devida a Hipertensão Arterial e outras doenças do aparelho circulatório;
- A hospitalização por Diabetes Mellitus e suas complicações;
- A mortalidade por doenças do aparelho circulatório;
- A mortalidade por doenças respiratórias associadas ao tabagismo e causas infecciosas;

- A mortalidade por todos os cânceres e os específicos de maior prevalência na faixa etária (colo retal, pulmão, mama e próstata);
- A internação por injúria intencional (maus tratos destinados à pessoa idosa por seus cuidadores, familiares ou não) e por quedas no domicílio;
- A institucionalização permanente por incapacidade de viver independente no domicílio (informação não disponível nos sistemas de informações do SUS), etc.

A análise destes dados serviu de instrumento importante de sensibilização de gestores de saúde, para planejar e organizar as ações específicas necessárias a atenção em saúde da população idosa e para implantar serviços apropriados ao atendimento de suas demandas.

2.2.4.10 – Saúde do trabalhador

A criação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES foi respaldado na Lei nº 8080 de 1990; Lei nº 81142 de 1991 e pelo Decreto nº 611 de 1992, que especificam um conjunto de ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no SUS. O Centro tem um caráter interinstitucional, com o objetivo de modificar o perfil de morbi-mortalidade do trabalhador no âmbito estadual, dentro de um enfoque epidemiológico, com ações que repercutam na sua qualidade de vida. Foi efetivado em 26 de fevereiro de 1996, trabalhando basicamente nas vertentes de atuação assistência, vigilância e educação em saúde.

Vertente Assistencial

- Consulta coletiva, coordenada por um médico e uma assistente social.
- Atendimento ambulatorial a trabalhadores com suspeita de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.
- Utilização de suporte de diagnóstico terapêutico do laboratório de análises clínicas do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – HUCAM e outros serviços complementares que venham a ser solicitados pelos profissionais do Centro de Referência.
- Ofertas de serviços de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico dos usuários. Neste sentido, implantou-se então, fisioterapia, acupuntura, homeopatia, e grupos qualidade de vida.

Vertente Vigilância

- As atividades referem-se às inspeções e vistorias a ambientes de trabalho, que se efetuam a partir de casos índices, demandas do laboratório ou de denúncias oficializadas ao CRST.
- Implantação de um sistema de informação de registros de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.
- Elaboração e execução de projetos específicos que permitam identificar os problemas e apresentar propostas.

Vertente Educação em Saúde

- Realização de seminários, treinamentos, captações e ou aperfeiçoamento de profissionais de saúde da rede pública, sindicatos, e dos próprios profissionais do Centro de Referência.
- Desenvolvimento de atividades em parceria com instituições de ensino e outras entidades.
- A criação do CRST representa, pelos diversos fatores sociais envolvidos na questão, o início da formação de uma política de referência na área de Saúde do Trabalhador no Estado do Espírito Santo, sendo necessária a integração, intercâmbio e envolvimento de todas as instituições voltadas para a área.

2.2.4.11 - Tuberculose

No planejamento do Programa de Controle da Tuberculose realizado para o ano de 2003 foram estabelecidas as seguintes metas:

- a) Descobrir 70% dos casos estimados conforme preconização da organização mundial de saúde.

Estimativa 1: cálculo preconizado pelo ministério da saúde onde o número de casos esperados baseia-se na população do estado, dessa forma no ano de 2003 estão estimados 1800 casos.

Estimativa 2: também preconizado pelo ministério da saúde onde a base de cálculo é a média das três (3) maiores incidências dos últimos cinco anos, nesse caso o n.º de casos estimados para 2003 é de 1600. A solicitação dos tuberculostáticos é realizada com base neste cálculo.

- b) Curar pelo menos 85% dos casos em tratamento analisando o corte de 01 de julho de 2002 a 30 de junho de 2003.
- c) Manter o abandono com percentuais inferiores a 5 % dos casos que entraram para tratamento na coorte de 01 de julho de 2002 a 30 de junho de 2003.
- d) Aumentar a descoberta de bk+ em 5% em relação ao ano de 2002.

Para alcançar estas metas foram estabelecidas as seguintes estratégias:

- Divulgar a tuberculose para a população e demais servidores da saúde – educação em saúde.
- continuidade nas capacitações das equipes de ESF e PACS.
- Assessoria aos 78 municípios do estado, junto ao Laboratório Central de Saúde Pública, através de supervisões diretas.
- Continuidade nas capacitações de técnicos para realização das baciloscopias (diagnóstico).
- Garantir, junto ao ministério da saúde, tuberculostático para todos os casos de tuberculose em tratamento.
- Realização de cultura para os municípios que não notificam casos de tuberculose.
- Sensibilização dos municípios para intensificação da busca ativa dos casos.
- Sensibilizar os gestores municipais na implementação da dose supervisionada.
- Sensibilização dos municípios para aquisição de cestas básicas e vale transporte para o os doentes, como estratégia de adesão ao tratamento.
- Sensibilização dos municípios no exame de contatos.
- Sensibilização dos municípios na investigação do óbito por tuberculose.

2.2.4.12 – Câncer

No Espírito Santo, a mortalidade por câncer acompanha a tendência mundial, ocupando o segundo lugar no sexo feminino e o terceiro no sexo masculino. Dentre os cânceres, o de pulmão apresenta tendência de crescimento da mortalidade no sexo masculino, refletindo as conseqüências do consumo de tabaco nessa população, sendo os seus coeficientes de mortalidade semelhantes ao do câncer de estomago. No sexo feminino, o câncer de mama apresenta os maiores coeficientes de mortalidade, refletindo em parte o provável diagnóstico tardio nessas pacientes, o que piora o prognóstico. Em segundo lugar ainda encontra-se o câncer do colo de útero, doença para qual já existem métodos eficazes para um diagnóstico precoce e um tratamento com perspectiva de cura, porém muitas mulheres ainda não têm acesso a esses benefícios, conforme pode ser observado na série histórica da mortalidade por esse tipo de câncer em nosso estado. Diante desse quadro, faz-se necessário a urgente organização da oferta de exame clínico das mamas, exames de mamografia e exames preventivos do câncer de colo de útero, associados ao acesso a centros especializados de tratamento, para revertermos esse perfil de mortalidade por câncer no sexo feminino no nosso estado. Um outro fato preocupante é a presença do câncer de pulmão como o terceiro colocado na mortalidade por câncer entre as mulheres, refletindo o consumo de tabaco entre elas, já que 90% dos casos são relacionados ao tabagismo.

O perfil de incidência de câncer na Grande Vitória no ano de 1997 mostrou que no sexo masculino o câncer de próstata é o mais freqüente, seguido pelo câncer de pulmão e estomago. Para prevenção do câncer de próstata faz-se necessário a implantação de programas de detecção precoce em nosso meio, apoiado por campanhas educativas. Quanto ao câncer de pulmão, as ações de prevenção e controle do tabagismo são as medidas mais eficazes para a sua prevenção, já que não existem meios eficazes de detecção precoce, sendo um câncer de mau prognóstico e baixa sobrevida com o tratamento disponível. Quanto ao câncer de estômago, o diagnóstico precoce, além de hábitos alimentares adequados são medidas importantes para o seu controle.

No sexo feminino, os cânceres do aparelho genital são os mais incidentes e com maiores coeficientes de mortalidade. Quanto ao câncer de mama, o acesso ao exame clínico das mamas, da mamografia, associados ao auto-exame são importantes medidas para o seu diagnóstico precoce, melhorando o prognóstico com a instituição do tratamento adequado. Quanto ao câncer de colo de útero, observa-se que os localizados ou “in situ”, ainda apresentam menores coeficientes que os não localizados, refletindo novamente o diagnóstico tardio de uma doença curável se detectada precocemente.

2.2.4.13 – Imunização

No Espírito Santo a imunização está sob coordenação do Programa Estadual de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis.

Na campanha nacional de vacinação contra influenza para a população de 60 anos e mais, realizada no período de 13 a 26 de abril de 2002, de uma população a vacinar de 257.984 pessoas foram efetivamente vacinados contra a gripe, 207.244 idosos de 60 anos e mais, correspondendo a 80,33% % de cobertura, com homogeneidade (70% ou mais) em todos os 78 municípios capixabas.

Nos 04 anos em que foram realizadas as campanhas, 1999, 2000, 2001 e 2002, o Estado do ES superou as metas de vacinar 70% de sua população de 60 anos e mais. Em 1999, 2001 e 2002 100% dos municípios alcançaram a meta.

Na primeira etapa da campanha nacional de multivacinação realizada em 15 de junho de 2002, de uma população a vacinar de 294.214 crianças foram vacinadas contra a Poliomielite, 300.159 crianças menores de 5 anos de idade, atingindo a cobertura de 102,02% no Estado. Todos os 78 municípios alcançaram a meta (homogeneidade de 100%). Além do Distrito Federal, foi o único estado do Brasil a alcançar a meta em todos os municípios. Na segunda etapa realizada em 24 de agosto o Espírito Santo atingiu novamente 100% de homogeneidade.

Na vacinação de rotina historicamente o Estado tem conseguido boas coberturas vacinais na imunização básica de rotina em crianças, porém, de forma heterogênea. Em 2002, foi implantada a vacina TETRAVALENTE - DTP + HIB para menores de 1 ano, com a primeira remessa recebida em 6 de fevereiro de 2002. Nos primeiros meses do ano, houve desabastecimento da vacina monovalente contra o Haemophilus influenza e tipo b, o que já vinha ocorrendo desde os últimos meses de 2001. Em 03 de janeiro de 2002 foram enviadas pela FUNASA, 15.000 doses da vacina, insuficientes para cobrir todo o estado, permanecendo sem novo abastecimento até 07/05/02, quando nos foram enviadas 4.830 doses, só estabilizando os estoques com o recebimento de 50.000 doses em julho de 2002. Esse abastecimento irregular gerou problemas nas coberturas da vacina contra o HIB, pois mesmo após a regularização dos estoques, alguns municípios tiveram dificuldades em resgatar as crianças com esquemas vacinais incompletos.

Os demais imunobiológicos foram distribuídos de forma satisfatória e o PNI vem atendendo as solicitações de abastecimento de estoques sempre que solicitados.

Ainda é preocupante a ausência da homogeneidade das coberturas de rotina, uma vez que alguns municípios não alcançam as metas pactuadas e com isso colocando em risco o controle e a erradicação das doenças imunopreveníveis.

Com a atualização da população fornecida pelo Censo IBGE 2000, problemas com a população super estimada em alguns municípios e sub estimada em outros, que gerava baixas ou altas coberturas, houve, regra geral, uma melhora da homogeneidade.

Os municípios que não possuem maternidades têm a cobertura do BCG baixa, pois os recém nascidos são vacinados nos municípios onde nascem e existe dificuldade de repasse dos dados de um município para o outro. Visivelmente muitos dados estão com erro de registro, sendo necessário um trabalho urgente de capacitação para os técnicos responsáveis por esses registros, desde a sala de vacina.

A cobertura e a homogeneidade da vacinação contra o sarampo piorou em 2002, em virtude da mudança do calendário vacinal. Em 2002, os municípios foram informados que a partir de 2003, a vacina contra o sarampo aos 9 meses de idade sairia do calendário e seria antecipada a vacinação com a Tríplice Viral- Sarampo, Caxumba e Rubéola aos 15 meses para os 12 meses. Muitos entenderam a mudança do calendário ainda em 2002 e a cobertura ficou abaixo dos 95% preconizados. No entanto, consideramos que o objetivo de manter a população infantil imunizada contra o sarampo foi cumprida, tendo em vista a alta cobertura com a Tríplice Viral - TV.

A vacinação em mulheres em idade fértil, com a Dupla Viral - sarampo e rubéola - complementando a campanha de vacinação realizada em novembro de 2001, com a meta de imunizar 322.550 mulheres de 17 a 29 anos, foram vacinadas 406.682 até o mês de outubro de 2002, cobertura de 126,08%, objetivando o controle da Síndrome da Rubéola Congênita. (*Em 2002 e 2003 nenhum caso de SRC foi notificado no ES. Nenhum caso de sarampo - último caso registrado no ES foi em 1999*). No caso da Dupla Bacteriana do tipo adulto - tétano e difteria - os municípios de risco de Tétano Neonatal - Alegre, Linhares, Colatina, Afonso Cláudio e Conceição da Barra deveriam alcançar a meta de vacinar 100% de suas mulheres em idade fértil. *Também não houve notificação de casos de tétano neonatal no es em 2002 e 2003.*

A vacinação contra a Hepatite b na população de 1 a 19 anos foi intensificada, em 2002. A população de 1 a 19 anos a ser vacinada no ES foi calculada em 1.203.619 pessoas. Foram vacinadas de 1993 a 2002, 940.160 pessoas, restando para vacinar 263.459. A meta era vacinar 30% deste resíduo em 2002 e completar 100% em 2003. A necessidade de

implementação desta vacinação foi amplamente divulgada para os municípios, mas a meta não foi alcançada.

2.2.5 – Vigilância em Saúde

2.2.5.1 - Vigilância Ambiental em Saúde

Existe um crescente amadurecimento técnico e político da questão ambiental e da sua relação com a condição de saúde humana e isto tem contribuído para a construção de uma concepção de Vigilância Ambiental em Saúde.

A Vigilância Ambiental buscou incorporar, do ponto de vista da efetividade das ações, a questão ambiental dentro do setor saúde, haja visto que institucionalmente o modelo que estruturou a vigilância em dois setores clássicos, a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária, não vinha correspondendo a esta demanda. A lógica da intervenção sanitária clássica não tem dado conta de uma série de problemas de saúde, dentre os quais se destaca a saúde ambiental.

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo a área de Vigilância Ambiental em Saúde se organizou e estruturou do ponto de vista funcional a partir da concepção de Risco Ambiental que foi trabalhado a partir de 1995 na Superintendência de Planejamento Epidemiologia e Informações/SPEI. Atualmente a área de Vigilância Ambiental em Saúde/SPEI/SESA contempla ações e serviços de vigilância, prevenção e controle de agravos relacionados aos fatores de riscos ambientais e em especial vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, água para consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais, desastres naturais, e acidentes com produtos perigosos.

Buscando construir uma suficiência técnica que contribua de uma forma eficiente no processo de consolidar a estruturação da Vigilância Ambiental tanto do nível central, como das regionais e municípios sob a ótica da vigilância em saúde, o ano de 2003 será marcado pela execução de um Plano de Capacitação de recursos humanos, que terá como objetivos:

- Capacitar Gerentes Técnicos em Vigilância Ambiental (municípios e Regionais)

- Capacitar técnicos dos municípios para viabilizar o cumprimento das ações e metas pactuadas na PPI-ECD
- Reverter a lógica de atuação dos Agentes de Vigilância Ambiental, que hoje está centrada quase que exclusivamente nas ações de combate à Dengue, para uma ação mais dinâmica e eclética voltada para toda a Vigilância Ambiental e incorporando a lógica da territorialização.
- Promover a integração, da base geográfica e operacional, da atuação dos Agentes de Vigilância Ambiental com os Agentes Comunitários de Saúde/PSF.

Outras importantes metas a serem implementadas em 2003 são a estruturação das ações de supervisão e acompanhamento técnico de Vigilância Ambiental aos municípios, a partir das Superintendências Regionais de Saúde, assim como a criação dos respectivos instrumentos de supervisão/acompanhamento.

2.2.5.2 – Vigilância Sanitária

A importância da ação regulatória da Vigilância Sanitária sobre as condições que determinam ou estão relacionadas com as condições de saúde e com a qualidade de bens e serviço de consumo evidencia a necessidade de uma preocupação maior com esse tipo de atividade, pois fica cada vez mais claro a responsabilidade do poder público quanto ao desenvolvimento ou não dessas ações com a eficiência e eficácia necessária.

Mesmo tendo em franca expansão o processo de municipalização dessas ações cada vez mais se evidencia a importância do papel do nível estadual no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Particularmente no nosso Estado, se observa que se alguns municípios avançaram outros retrocederam no processo o que faz com o nível estadual seja obrigado a cumprir com atividades que seriam do município, o que, do ponto de vista operacional, muito dificulta o cumprimento daquelas ações que seriam próprias do nível estadual.

É grande, portanto, a dificuldade para cumprimento de metas pré-estabelecidas tendo em vista a grande demanda a ser atendida o que traz grandes dificuldades no dimensionamento das ações a serem planejadas.

As ações de vigilância sanitária no Estado do Espírito Santo no ano de 2003 continuam a ser executadas em dois níveis, central e regional sendo que as regionais executam em muito menor escala as atividades visto que a infra-estrutura destas deixa bastante a desejar.

Diante da necessidade de cumprimento de metas decorrentes de compromisso firmado entre o Estado e a Anvisa (Agencia nacional de Vigilância Sanitária) através do Termo de Ajuste de Metas, é necessária a concentração de esforços para cumprimento dessas metas que se referem basicamente a número de inspeções em locais sob a fiscalização da Vigilância Sanitária e de atendimento à demanda criada por empresas que procuram o serviço estadual que tem por obrigação legal atender as atividades a serem licenciadas pelo Serviço em todo o Estado, atividades essas na área de ações de média e alta complexidade.

Para o ano de 2003 as metas projetadas concentraram-se em quatro atividades básicas descritas a seguir:

GRUPO I - ALIMENTOS

ATIVIDADES PARA O ANO 2003	META
01) Inspeção em Industria de Alimentos	253
02) Colheita de Amostras de Alimentos**	295
03) Análise de processo de Registros de Produtos	90
04) Treinamentos p/ Municípios	03
06) Reuniões c/ Regionais	04
07) Seminários	02
08) Visitas técnicas fora do Estado	02

GRUPO II - MEDICAMENTOS, CORRELATOS, COSMÉTICOS E SANEANTES DOMISSANITÁRIOS

ATIVIDADES PARA O ANO 2003	META
01) Análise técnica de processo	200
02) Inspeção de industrias, farmácias e outros locais relacionados aos produtos alvo do grupo técnico	100
03) Colheita de amostras de produtos	10
04) Emissão de laudos técnicos	210
05) Capacitação de Municípios e Regionais	03
07) Reuniões c/ regionais	04
08) Seminários	02
09) Visitas Técnicas	02

GRUPO III - SERVIÇOS DE SAÚDE E DE INTERESSE À SAÚDE

Sub Grupo dos Serviços de Saúde

ATIVIDADES PARA O ANO 2003	META
01) Inspeção de serviços de hemodiálise	13
02) Inspeção de Hospitais	120
03) Emissão de laudos técnicos	200
04) Treinamentos p/ Municípios	02
05) Reuniões c/ Regionais	02
06) Seminários	01
07) Visitas técnicas fora do Estado	01

Sub Grupo de Controle de Infecção hospitalar

ATIVIDADES PARA O ANO 2003	META
01) Inspeção de Unidade Hospitalar	30
02) Emissão de laudos técnicos	20
03) Treinamentos de profissionais de hospitais	02
04) Avaliação de Comissões de Infecção Hospitalar por Hospital	100
05) Seminários	01
06) Visitas técnicas fora do Estado	01
07) Participação em congressos e encontros fora do Estado (eventos)	02

Sub Grupo de Controle de Sangue e Produtos Hemoterápicos

ATIVIDADES PARA O ANO 2003	META
01) Inspeção de Unidade Hemoterápica	138
02) Emissão de laudos técnicos	20
03) Visitas técnicas fora do Estado	02

GRUPO IV - AÇÕES SOBRE O MEIO AMBIENTE

ATIVIDADES PARA O ANO 2003	META
01) Análise de projetos	576
02) Inspeção para emissão de Habite-se	96
03) Emissão de laudos técnicos	20
04) Treinamentos de profissionais de regionais e municípios	02
05) Visitas técnicas fora do Estado	02

2.3 – ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

A organização do Sistema de Referência e Contra Referência vai evidenciar o novo Plano Diretor de Regionalização do Estado e supõe a hierarquização e resolubilidade da rede de atenção a saúde. A implantação deve permitir a continuidade e o acompanhamento das consultas, das atividades de diagnóstico, das atividades de terapia envolvendo os usuários desde o acolhimento na Unidade de Saúde da Família e outras Unidades do nível primário, até os serviços de atenção terciária.

O atendimento no nível primário deve ter regulação exercida pela Agência Municipal de Agendamento que é responsável pelas referências entre as unidades de saúde públicas e entre elas e a rede complementar, todas as atividades de controle e avaliação estarão sendo desenvolvidas pela citada agência. Estas funcionarão em rede com as Centrais de Regulação Macrorregionais, por onde ocorre, exclusivamente, o acesso dos usuários do nível primário para os níveis secundário e terciário, excluindo-se as urgências e emergências.

As Centrais Macrorregionais de Regulação ficam localizadas nos municípios Pólo das Macrorregiões de Saúde. Tem a responsabilidade de realizar a articulação das referências entre os níveis primário, secundário e terciário, pela articulação entre as unidades da rede pública dos níveis secundário e terciário, bem como entre estas e os serviços complementares. Sendo assim as Agências Municipais de Agendamento, as unidades de saúde dos níveis secundário e terciário e os serviços complementares destes dois níveis reportam-se diretamente as Centrais Reguladoras Macrorregionais de sua adscrição.

As Centrais Reguladoras Macrorregionais operacionalizam o Sistema Estadual de Referência e Contra-Referência e as atividades de controle como: a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares de Alta Complexidade, compondo o Sistema Estadual de Regulação.

As Microrregiões de Saúde podem contar com estruturas informatizadas ligadas em rede com as Agências Municipais de Agendamento e com as Centrais de Regulação Macrorregionais para acompanhamento do Sistema de Referência e Contra-Referência.

2.4 - SISTEMA ESTADUAL DE AUDITORIA

A Secretaria de Estado da Saúde, através da Coordenadoria de Controle e Avaliação realiza auditoria operacional, auditoria especial ou extraordinária e auditoria de gestão. As atividades atualmente desenvolvidas visam a avaliação da cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar dos serviços especializados e de alta complexidade sob gestão estadual, bem como avaliação da gestão dos municípios habilitados nas duas formas de gestão da NOB – Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde – e da NOAS – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal - com o intuito de verificar a eficácia, a eficiência, a organização da prestação de serviços, a aplicação dos recursos por fonte de financiamento, o desempenho dos programas, o cumprimento dos contratos e convênios, o controle dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), API, (Acompanhamento do Programa de Imunização) SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica), SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), SISVAN (Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional), SINAN (Sistema de Informações sobre Agravos e Notificação) e o desempenho da gestão municipal.

No ano de 2003 foram iniciadas as prestações de contas trimestrais preconizadas pela Lei Federal Nº 8.689 de 27/07/93 Art. 12 e no Decreto Federal Nº 1.651 de 28/09/95 Art. 9º. tendo sido realizadas as prestações de contas dos quatro trimestres.

2.5 – PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA – PPI E PACTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA

No Estado do Espírito Santo, o processo de pactuação dos indicadores da Atenção Básica, tem se constituído ao longo dos anos de 1999, 2000, 2001 e 2002 em um espaço de construção tripartite, onde participam o Ministério da Saúde, o Estado e os municípios.

O processo de discussão tem se aprimorado a cada ano. Conquistando os gestores para a importância do processo de pactuação que extrapole ao pacto burocrático, para se constituir de fato num pacto com a dimensão técnica de responsabilidade epidemiológica peculiar a cada nível de gestão.

A Programação Pactuada e Integrada - PPI é uma ferramenta permanente de programação, acompanhamento, avaliação e reprogramação do SUS. É o documento que trata do detalhamento e do aprofundamento de aspectos considerados relevantes ou prioritários no setor saúde. Abrange as grandes áreas temáticas da saúde, a saber:

- Política de Saúde;
- Assistência;
- Assistência Farmacêutica;
- Vigilância Sanitária;
- Epidemiologia e Controle de Doenças;
- Recursos Humanos.

A Norma Operacional Básica nº 01 de 1996 atribui à PPI um caráter essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS. Constitui-se no mecanismo de atualização programática anual do Plano Estadual de Saúde.

O processo de pactuação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2002 teve início com a avaliação das metas de 2001 apresentação dos indicadores de 2002 aos municípios em reuniões microrregionais de acordo com o calendário pré-estabelecido em conjunto com o COSEMS.

3 - ESTRATÉGIAS

3.1 – ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO BÁSICA

3.1.1 - Ampliar o Programa de Saúde da Família com o desenvolvimento de ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu ambiente, de forma contínua, personalizada e ativa, com ênfase relativa na promoção e prevenção, sem se descuidar da atenção curativa e reabilitação, com alta resolubilidade, baixos custos diretos e indiretos e articulando-se com outros setores cujas ações são determinantes à saúde.

3.1.2 - Incentivar os municípios a desenvolver controle da hipertensão arterial, mediante a capacitação da equipe de saúde da família, a conscientização da população e a busca ativa e detecção de casos, reduzindo os fatores de risco e melhorando a oportunidade de acesso ao tratamento, na população de 30 a 69 anos de idade;

3.1.3 - Estimular os municípios na implantação e implementação de serviços de Pronto Atendimento, adotando a utilização das guias de referência e contra referência;

3.1.4 - Ampliar a detecção de casos novos de Hanseníase, mediante a conscientização dos profissionais de saúde, sobretudo, os médicos em exercício nas unidades de saúde e a população em geral;

3.1.5 - Aumentar a detecção de casos novos de Tuberculose, mediante a ampliação de serviços em 100% dos municípios, a conscientização dos profissionais de saúde em relação aos sintomáticos respiratórios, diagnosticar 92% dos casos de Tuberculose esperados e tratar com êxito 85% dos casos detectados. Reduzir a taxa de abandono da Tuberculose em 50%.

3.1.6 - Sensibilizar os gestores municipais para implantação de serviços de saúde mental.

3.1.7 - Estimular os municípios para ampliação e implementação de serviços odontológicos

3.1.8 - Capacitar a equipe de Saúde da Família, de acordo com os princípios da Reabilitação Comunitária, utilizando equipamentos e metodologias simplificadas que possam ser usadas por não técnicos

3.1.9 - Sensibilizar os gestores municipais para implantação de ações de controle de Diabetes Mellitus.

3.1.10 - Sensibilizar os municípios para incorporar às suas equipes, os conhecimentos sobre a contaminação, propagação e prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

3.1.11 - Estimular os municípios em atenção ao idoso, em relação à vacinação, a promoção de hábitos saudáveis como alimentação balanceada, a prática regular de exercícios, a convivência social estimulante, a detecção de tabagismo, alcoolismo e automedicação, prevenção de quedas no ambiente doméstico, manutenção da capacidade funcional do idoso. Capacitar cuidadores informais de idosos;

3.1.12 - Sensibilizar os municípios para implantação de ações de alimentação e nutrição para redução do baixo peso ao nascer, mortalidade de 0 a 5 anos de idade, mortalidade por desnutrição, redução da desnutrição e obesidade em gestante;

Implementação das ações de Pré-Natal, dando condições de acesso às gestantes e recém-nascidos e melhoria no atendimento, proporcionando qualidade no acompanhamento pré-natal, puerpério e no período neonatal, através da captação precoce de gestantes para o atendimento.

3.2 – ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE

3.2.1 - Implantar Central de Regulação para exames, consulta e vagas de leitos nas 4 (quatro) macrorregiões;

3.2.2 - Garantir as consultas, exames e internações aos pacientes referenciados pelas unidades básicas municipais através das Agências Municipais e das Centrais de Regulação de consultas, exames e vagas de leitos, conforme cotas definidas na Programação Pactuada Integrada – PPI da assistência e PPI – Epidemiologia e Controle de Doenças;

3.2.3 - Assessorar os municípios na implantação e implementação das Agências Municipais de Agendamento de Consultas e Exames;

3.2.4 - Sensibilizar e assessorar os municípios para implantação dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial;

3.2.5 - Implantar serviços de diagnóstico, terapias, próteses e reabilitação aos portadores de deficiência auditiva;

3.2.6 - Ampliar a oferta aos usuários de próteses e portadores de deficiência física de membros superiores e inferiores, aos serviços de terapia e reabilitação, bem como a concessão de órteses e prótese;

3.2.7 - Implantar atendimento, reabilitação, cirurgia plástica e fornecimento de malhas para os pacientes portadores de seqüelas de queimaduras;

3.2.8 - Organizar o serviço de ambulatório para atender a deficientes visuais com concessão de próteses e reabilitação, através de encaminhamento do Sistema Estadual de Regulação;

3.2.9 - Acompanhar o desenvolvimento das ações das equipes de Controle da Infecção Hospitalar, de forma a identificar os índices e mantê-los em níveis aceitáveis;

3.2.10 - Organizar a coleta e distribuição de sangue e hemoderivados para suprir com qualidade a rede de serviços de saúde do SUS;

3.2.11 - Estimular os municípios a implantar e implementar os Pronto Socorros Municipais, onde existir hospital para reduzir o congestionamento dos serviços de urgência da Grande Vitória;

3.2.12 - Criar condições de acesso à população aos serviços especializados de odontologia (Periodontia, Prótese, Pediatria e Ortodontia);

3.2.13 - Reorganizar a oferta de leitos, através de novos contratos e adequação ao perfil da necessidade de cada microrregião;

3.2.14 - Implantar ações de atenção ao idoso, através de ambulatório referência no CREFES, central de atendimento e internação domiciliar e o Centro-Dia Gerontológico;

3.2.15 - Ampliar a capacidade do Laboratório Central para atender as metas pactuadas na Programação Pactuada Integrada de Saúde – Epidemiologia e Controle de Doenças;

3.2.16 - Desenvolver políticas para as urgências e emergências envolvendo serviços de média complexidade, desde a promoção até a reabilitação à saúde, considerando o complexo pré-hospitalar, serviços hospitalares compatíveis com o nível de complexidade, unidades de cuidados intermediários e de terapia intensiva;

3.3 – ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE

3.3.1 - Implantar o Sistema Estadual de Regulação, contemplando todas as referências, com interligação com as Centrais Regionais de Regulação;

3.3.2 - Garantir o acesso às terapias de alta complexidade ambulatorial, hospitalar e apoio diagnóstico terapêutico, de acordo com a demanda e pacto realizado na Programação Pactuada Integrada da Assistência, inclusive com ampliação de oferta;

3.3.3 - Desenvolver política integral para urgências e emergências compatíveis com o terceiro nível de atenção, considerando o complexo pré-hospitalar, salas de emergências, serviços hospitalares, unidades de cuidados intermediários e terapia intensiva.

3.4 – ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO DO CARTÃO SUS

Inicialmente o Ministério da Saúde elegeu 44 (quarenta e quatro) municípios que seriam pilotos para a implantação do cartão SUS. Todos os residentes no município seriam cadastrados e a meta seria atingir 60% da população. Vitória faz parte deste plano piloto, atualmente 80% de suas unidades básicas contam com o cartão funcionando.

Em Fevereiro de 2001 através da Portaria nº17, o Ministério da Saúde instituiu o Cadastramento Nacional do Usuário do SUS e regulamentou sua implantação que passa a compor o banco de dados do SUS. O cartão torna-se então importante ferramenta para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) facilitando a gestão do Sistema, integrando

informações para a organização da atenção básica. O Estado, através da Secretaria Estadual de Saúde, assinou um termo de adesão estadual com o Ministério da Saúde para que ocorra o cadastramento em todos os municípios capixabas.

No estado do Espírito Santo todos os municípios assinaram o termo de adesão que inicialmente teriam que cadastrar 15% da população e o restante nos meses subsequentes. Dos 78 (setenta e oito) municípios, somente seis não conseguiram atingir as metas previstas.

4 – METAS MOBILIZADORAS

Face aos graves problemas de saúde enfrentados pelo Espírito Santo, foram definidas no Plano Estratégico do Governo para o período 2003-2006 as seguintes metas mobilizadoras para a área de saúde:

4.1 - EXPANDIR A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Expandir, até 31/12/2006, para 70% da população capixaba, a cobertura da estratégia da saúde da família;

4.2 - REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL

Reduzir em 20% o coeficiente de mortalidade infantil até o ano de 2006 em relação ao coeficiente de 2002;

4.3 - GARANTIR O ATENDIMENTO EM TERAPIA INTENSIVA

Garantir o atendimento a 100% da demanda da Central de Regulação de leitos de UTI adulto e infantil.

Visando atingir o que foi estabelecido nas três metas mobilizadoras da área de saúde a Secretaria Estadual de Saúde – SESA estruturou e/ou incrementou dentro do **Projeto Gestão de Valores**, que é de iniciativa do Governo do Estado, os seguintes programas:

- Programa de Saúde da Família onde na fase 1 será implementado o levantamento gerencial do PSF e a realização de Seminário de Sensibilização de Novos Gestores; na fase 2 será efetuada uma avaliação das equipes do PSF e na fase 3 a gestão do PSF;
- Programa Pró-Vida onde na fase 1 será implementada a estrutura da Rede Assistencial Materno Infantil; na fase 2 será efetuada melhoria da Assistência Materno-Infantil e na fase 3 a Implementação do Sistema de Vigilância do Óbito Infantil e Materno;
- Programa de Melhoria da Qualidade do Hospitais do SUS – ES onde na fase 1 será implementada a elaboração do Manual do Programa Pró-Quali; na fase 2 será efetuada a adequação dos hospitais microrregionais; na fase 3 a adequação dos hospitais de pequeno

porte; na fase 4 a adequação dos hospitais macrorregionais e, por fim, na fase 5 o fortalecimento da gestão dos sistema de serviços de saúde.

5 – QUADRO DE METAS DO QUADRIÊNIO 2004-2007

5.1 - OBJETIVOS E METAS DO QUADRIÊNIO 2004-2007

Quadro 11 – Objetivos e metas da Saúde do Espírito Santo para o quadriênio 2004-2007

EIXO DE INTERVENÇÃO I – REDUÇÃO DA MORBI-MORTALIDADE DE CRIANÇAS E MATERNA											
OBJETIVO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FONTE	PARÂMETRO			RECOMENDADO PELO MS	META			
				2001	2002	2003		2004	2005	2006	2007
1. Reduzir a morbimortalidade de Crianças	Taxa de Mortalidade Infantil	Nº de óbitos de < 1 ano/Nascidos Vivos x 1.000	SIM SINASC	17,88	15,88	16,23	< 20	15,06	13,89	12,71	11,54
	Taxa de mortalidade neonatal	Nº de óbitos de < 28 dias/Nascidos vivos x 1.000	SIM SINASC	11.42	Sem registro	10.84		10.23	9.89	9.26	8.63
	Taxa de mortalidade pós-neonatal	Nº de óbitos > 27 dias e < 1 ano/Nascidos vivos x 1.000	SIM SINASC	-	-	5.39	-	-	-	-	-
	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	Nº de óbitos de < 1 ano por causas mal definidas/ Nº de óbitos de < 1 ano x 100	SIM	7.25	não tem registro	7.35		5.88	5.29	4.23	3.38
	Proporção de nascidos vivos com baixo peso a nascer	Nº de Nascidos Vivos com baixo peso/Nascidos Vivos x 100	SINASC	7.54	sem registro	7.39	< 10	7.12	6.85	6.75	6.40
	Cobertura vacinal nas vacinas básicas do Programa Nacional de Imunizações – PNI (difteria, tétano, coqueluche, haemophilus, pólio, BCG, hepatite B e triplíce viral)	Nº de crianças vacinadas/população na faixa etária x 100	SI-API	100%	100%	100%	95%	95%	95%	95%	95%
	Cobertura vacinal contra tétano em mulheres em idade fértil	Nº de MIF vacinadas (2ª dose de dT - + reforços) / população de MIF x100	SI-API	8%	35%	40%	100%	50%	70%	90%	100%

	Cobertura vacinal contra rubéola em mulheres em idade fértil	Nº de MIF vacinadas/Nº de MIF x100		-	-	-	95	95	95	95	95
	Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos	Nº de óbitos de < 5 ano/Nascidos Vivos x 1.000		-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos de idade	Nº de internação por IRA em menores de 5 anos de idade / Total de internação em menores de 5 anos de idade x 100	SIH/SUS IBGE	28.25	28.34	26.59	-	25.59	24.59	23.59	22..59
	Taxa de transmissão vertical de HIV	Nº de casos notificados de Aids em criança por transmissão perinatal / Gestantes HIV+ notificadas x 100	SINAN	41,02	26,72	13,24	8	12	10	9	8
	Taxa de transmissão vertical de da Sífilis	Nº de casos notificados de sífilis congênita/ Número de nascidos vivos x 1000	SINAN SINASC	4,8	4,7	6,2	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0
	Crianças < 16 anos com transtornos mentais assistidas na rede de atenção à saúde mental	Nº de Crianças < 16 anos com transtornos mentais assistidas na rede de atenção à saúde mental	SIH SIAB SIA	-	-	-	-	500	800	1000	1500
2. Reduzir a morbi-mortalidade materna	Coefficiente de Mortalidade Materna	Nº de óbitos por complicação da gravidez, parto e puerpério/Nascidos Vivos x 100.000	SIM SINASC	24.51	sem registro	32.74	< 20	30.44	28.31	26.19	24.49
	Proporção de óbitos de mortalidade materna investigados	Nº de óbitos de mortalidade materna investigados / Nº de óbitos de mortalidade materna registrados x 100	comite mort. mat. inf. sim	não tem registro	não tem registro	109.04	-	100.0	100.0	100.0	100.0
	Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	N de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal / N de nascidos vivos x 100	SINASC	85.99	sem registro	90.72	-	91.9	92.9	95.0	97.0
	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	N de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal / N de nascidos vivos x 100	SINASC	50.85	não tem registro	56.74		80.0	82.0	85.0	86.0

EIXO DE INTERVENÇÃO II: CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS											
OBJETIVO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FONTE	PARÂMETRO			RECOMENDADO PELO MS	META			
				2001	2002	2003		2004	2005	2006	2007
3. Manter a cobertura vacinal com tetravalente, pólio, hepatite B, BCG e tríplice viral e nas campanhas nacionais contra a poliomielite (2 etapas anuais) e contra a gripe na população idosa (60 anos e mais), nos municípios.	Proporção dos municípios com cobertura vacinal igual ou superior a 95% (exceto BCG=>90% e contra gripe =>70%)	Número de municípios com cobertura vacinal igual ou superior à preconizada /Número total de municípios x 100	SI-API	60%	70%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
4. Manter o Estado sem nenhum caso de Sarampo	Cobertura vacinal contra sarampo ≥95%	Nº de vacinados c/ a vacina tríplice viral/pop de um ano x 100	SI-API	102,28	94,87	125,94	95%	95%	95%	95%	95%
	Cobertura vacinal de rotina de Tríplice Viral no Estado	Nº de doses de Tríplice Viral aplicadas em crianças de 1 ano/ População de crianças de 1 ano x 100	API	103,9 %	100,9 %	119,9 %	95%	95%	95%	95%	95%
	Homogeneidade de cobertura vacinal de Tríplice Viral nos municípios do Estado	Nº de municípios no Estado com cobertura ≥ 95% de Tríplice Viral/ Nº total de municípios no Estado X 100	API	71,7%	73%	93,5%	80%	80%	80%	80%	80%
	Investigação Epidemiológica Oportuna dos casos suspeitos de Sarampo e Rubéola	Nº de casos suspeitos investigados em 48 h/ Nº total de casos suspeitos notificados no período x 100	SINAN	84%	95%	96%	80%	90%	90%	90%	90%

	Notificação Semanal Negativa Oportuna de Sarampo e Rubéola	Nº de unidades com notificação negativa oportuna/Nº total de unidades notificantes no período X 100	BNS	92%	93%	97,9%	80%	80%	80%	80%	80%
	Diagnóstico laboratorial de casos suspeitos de Sarampo e Rubéola	Nº de casos suspeitos de sarampo e rubéola com diagnóstico laboratorial/Nº total de casos suspeitos notificados no período X 100	SINAN	88%	89%	95%	80%	85%	85%	85%	85%
	Coleta oportuna de amostras para sorologia de casos suspeitos de Sarampo e Rubéola	Nº de casos suspeitos com coleta entre o 1º e o 28º dia do início do exantema/Nº total de casos suspeitos notificados no período X 100	LACEN	73%	88%	93%	80%	80%	80%	80%	80%
	Encerramento oportuno de casos suspeitos de Sarampo e Rubéola	Nº de casos encerrados em até 30 dias após a data de notificação/ Nº total de casos suspeitos notificados no período X 100	BNS	–	–	93,5%	80%	80%	80%	80%	80%
	Envio oportuno de amostras para sorologia de Sarampo e Rubéola	Nº de amostras enviadas ao LACEN em até 05 dias após a data de coleta/Nº total de amostras enviadas no período X 100	LACEN	56%	58%	65%	80%	80%	80%	80%	80%
	Resultado oportuno de sorologia para Sarampo e Rubéola	Nº de amostras realizadas em até 05 dias após recebimento no LACEN/Nº total de amostras enviadas no período X 100	LACEN	76%	99,9%	94%	80%	80%	80%	80%	80%
5. Manter o estado sem casos de poliomielite	Cobertura vacinal contra poliomielite ≥ 95%	Nº vacinados c/ 3 doses/pop < 1 ano x 100	SI-API	109,8 6	108,9 4	115,8 4	95%	95%	95%	95%	95%

6. Manter o estado sem casos de tétano neonatal	Incidência de casos de tétano neonatal	Nº absoluto de casos-ano	SINAN	1	0	0	0	0	0	0	0
	Cobertura vacinal contra tétano em mulheres em idade fértil	Nº de MIF vacinadas (2ª dose de dT - + reforços) / população de MIF x100	SI-API	8%	35%	40%	100%	50%	70%	90%	100%
7. Reduzir a incidência de casos de coqueluche	Cobertura vacinal contra coqueluche	Nº vacinados c/ tetravalente/ DTP/ pop < 1 ano x 100	SI-API	101,35	100,99	108,53	95%	95%	95%	95%	95%
8. Reduzir a incidência de dengue	Coefficiente de incidência de Dengue	Número de casos notificados na Estado / População do Estado x 100.000	SINAN	281,5	885,3	1.057,5	NR	500	400	300	200
	Proporção de municípios com índice de infestação predial (IIP) menor que 1	N.º de municípios com IIP menor que 1%/Total de municípios X 100	SISFAD	93,58	89,74	92,31	100	93	95	97	100
9. Reduzir a prevalência de esquistossomose *Dados parciais (ainda em fase de digitação pelos municípios no Sistema de Informação do PCE)	Coefficiente de prevalência de Esquistossomose na população examinada em Inquéritos Coprocópicos	N.º de indivíduos Positivos/População examinada na área X 100.000	SIS-PCE	4,82	6,7	3,35 *	≤ 4% em área não endêmica e < 25% em área endêmica	6,5	6	5,5	5
10. Manter a ausência de transmissão natural da Doença de Chagas	Coefficiente de incidência de casos autóctones de Doença de Chagas	N.º de casos de doença de chagas autóctone confirmado/ População área X 100.000	SINAN	0,03	0,18	Zero		Zero	Zero	Zero	Zero
11. Reduzir a mortalidade por leishmaniose visceral	Coefficiente de mortalidade específica por Leishmaniose Visceral	N.º de óbitos por Leishmaniose Visceral/População área X 100.000.	SIM	Zero	0,03	Zero		0,03	Zero	Zero	Zero
12. Reduzir a incidência de Malária.	Coefficiente de incidência de casos autóctones de malária.	N.º de casos de malária autóctone confirmado/ População área X 100.000.H	SINAN	1,21	0,79	0,86		2,4	1,7	1,3	1

13-Manter o Estado sem casos de febre amarela	Cobertura vacinal contra febre amarela na população de 9 meses e mais nos municípios de risco potencial	Nº de vacinados / população geral x 100	SINAN	Zero	zero	Zero	Zero	zero	Zero	Zero	zero
14. Eliminar a raiva humana transmitida por cão	Casos de Raiva Humana	Nº Casos de Raiva Humana notificados	SINAN	01	zero	zero	zero	zero	zero	zero	zero
15 – Reduzir o risco de infecção da Tuberculose	Aumentar a descoberta de casos novos de tuberculose para 100% do número de casos estimados	Nº de casos novos de tuberculose notificados / número de casos estimados * 100	SINAN	84,9	91,0	88,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	Casos novos de tuberculose notificada no período de 01/07 ano anterior ate 30/06/ano atual / número de casos que abandonaram tratamento neste mesmo período*100	SINAN	6,2	3,7	5,6	10	5	5	4	3
	Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	Número de casos novos bacilíferos / população * 100000	SINAN	27,64	27,58	26,12		28,73	31,61	34,77	38,22
	Taxa de mortalidade por tuberculose	Número de óbitos por tuberculose / população *100000	SINAN	2,06	1,97	2,22		2,00	2,00	2,00	2,00
16. Eliminar a hanseníase como problema de saúde pública	Coefficiente de prevalência da hanseníase por 10.000 habitantes	Casos existentes em residentes (em registro ativo) em 31/12/ano de avaliação dividido população residente em 31/12/ano de avaliação x 10.000	SINAN	5,65	5,84	6,02	< 1 caso por 10.000 hab.	5,00	4,00	3,00	2,00
	Percentagem de abandono ao tratamento da hanseníase na prevalência do período	Casos existentes em residentes (em registro ativo) não atendidos + saídas administrativas no ano de avaliação / total de casos existentes em residentes (em registro ativo) em 31/12 do ano de avaliação + total de saídas do registro ativo no ano de avaliação x 100	SINAN	3	4	4	< 10	3,5	3	2,5	2

	Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 10.000 habitantes	Casos novos residente diagnosticados no ano / população total residente em 01/07/ano x 10.000	SINAN	4,46	5,33	5,50	-	5	4,5	4	3,5
	Porcentagem de cura entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes (período determinado)	Casos novos diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12/ano de avaliação / Total de casos diagnosticado nos anos das coortes x 100	SINAN	87	87	84	> ou = 90	90	91	92	92
	Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico	Nº de casos novos de incapacidade I e II no momento do diagnóstico / Casos novos avaliados em relação a incapacidade no momento do diagnóstico x 100	SINAN	20	21	21	< ou = 20	20	18	16	14
17 - Reduzir o índice de infecção pelo HIV	Coefficiente de incidência de AIDS	Nº de casos notificados de AIDS / Nº população-ano x 100.000	SINAN-W	13,3	12,4	5,9	15	10,5	10,3	10,0	9,8
	Índice de testagem para o HIV	Nº de testes realizados pela rede pública de LACENs qualificados / População x 100	LACEN e lab.municipais	2,52	2,46	2,54	12	3,07	4,5	5,5	6,0
	Aumentar o número de fontes notificadoras de sífilis por município	Para cada 10.000 Habitantes 01 fonte notificadora de sífilis	SINAN	1/4000	1/4332	1/4489	1/10.000	1/4000	1/4000	1/4000	1/4000
18. Reduzir morbimortalidade de mulheres por câncer de colo de útero e mamas	Razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos em determinado local e período / número de mulheres de 25 a 59 anos no mesmo local e período	SISCOLO	0,07	0,25	0,20	-	> 0,21	> 0,21	> 0,21	> 0,21
	Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo de útero	Número de óbitos por câncer de colo de útero em determinado local e período / número total de mulheres no mesmo local e período x 100.000	SIM	6,16	5,01	5,49	-	5,00	5,00	5,00	5,00

	Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama	Número de óbitos por câncer de mama em determinado período / número total de mulheres no mesmo local e período x 100.000	SIM	8,17	9,53	10,37	-	11,0	11,0	11,0	11,0
19 – Reduzir morbimortalidade por câncer de pele	Taxa de incidência de câncer de pele na população mais suscetível	Nº de casos de câncer de pele detectados-ano/população suscetível x 100.000	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa de transcedência	Nº de transcedência/nº de casos detectados x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa de mortalidade por câncer de pele	Nº de óbitos por câncer de pele-ano/população suscetível x 100.000	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
20- Reduzir morbimortalidade por câncer de próstata - C61	Taxa de mortalidade por câncer de próstata - C61	Nº de óbitos por câncer de próstata C61 / população masculina ES x 100.000	SIM IBGE	9,27	10,34	9,94	-	10,0	10,0	10,0	10,0
21- Reduzir morbimortalidade por câncer de pulmão C33 e C34	Taxa de mortalidade por câncer pulmão - C33 e C34	Nº de óbitos por câncer de pulmão C33-C34 / população ES x 100.000	SIM IBGE	7,58	8,87	8,86	-	9,0	9,0	9,0	2,0
22- Reduzir morbimortalidade por câncer de cólon e reto - C19 a C21	Taxa de mortalidade por câncer de cólon e reto - C19 a C21	Nº de óbitos por câncer de cólon e reto C19-C21 / população ES x 100.000	SIM IBGE	1,43	1,69	1,38	-	2,0	2,0	2,0	2,0
23. Reduzir a Internação por Acidente Vascular Cerebral na Faixa Etária de 40 a 69 anos.	Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral	Nº de internações por Acidente Vascular Cerebral, na população de 40 a 69 anos x 10.000/ População de 40 a 69 anos, no mesmo local e período.	SIH	22,02	22,56	19,79	-	19,50	19,00	18,50	18,00

24. Reduzir a mortalidade por Doenças Cérebro – Vasculares na população de 40 a 69 anos	Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares	Nº de Óbitos por Doenças Cérebro Vasculares, na população de 40 a 69 anos x 100000/ população de 40 a 69 anos, no mesmo local e período.	SIM	66,57	71,04	72,99	_	71,50	71,00	70,50	70,00
25.Reduzir a Internação por Cetoacidose e Coma Diabético.	Proporção de internações por Cetoacidose e Coma Diabético.	Nº de internações por cetoacidose e coma diabético em determinado local e período x 100 / Total de internação por diabetes mellitus, no mesmo local e período.	SIH	7,45	16,68	16,67	_	16,50	16,00	15,50	15,00
26 – Reduzir a desassistência a pessoas com danos psicossociais decorrentes do Uso indevido de Álcool e de outras Drogas	Proporção de pessoas com danos psicossociais decorrentes do Uso indevido de Álcool e de outras Drogas assistidas na rede de atenção à saúde mental	Nº de pessoas com danos psicossociais decorrentes do uso indevido de álcool e outras drogas assistidas/Nº de pessoas com danos psicossociais decorrentes do uso indevido de álcool e outras drogas que demandam o serviço x 100	(sem registro)	--	--	--	--	--	--	--	--
27. Reduzir desassistência às pessoas com transtornos mentais	Proporção de pessoas com transtornos mentais assistidas na rede de atenção à saúde mental	Nº de pessoas com transtornos mentais assistidas na rede de atenção à saúde mental/Nº de pessoas com transtornos mentais que demandam o serviço x 100	(sem registro)	--	--	--	--	--	--	--	--
	Nº de pessoas com transtornos mentais assistidas na rede de atenção à saúde mental	Nº de pessoas com transtornos mentais assistidas na rede de atenção à saúde mental	SIH S I A	_	_	_	_	3000	3500	4000	4500
	Coeficiente de internação por transtornos mentais	Nº de internações/ Total População X 1000	SIH	3,02	3,18	3,20	_	3,20	3,18	3,10	3,00
	Proporção da população coberta por Centro de Atenção Psico-Social - CAPS	População coberta por Centro de Atenção Psico-Social – CAPS/ população total x 100	SIA	_	_	_	_	1%	1,5%	2%	2,5%

	Proporção de leitos psiquiátricos em hospital geral da rede SUS	Nº de leitos psiquiátricos em hospital geral da rede SUS/Nº total de leitos psiquiátricos em hospital geral da rede SUS x 100	FCES	-	-	-	-	-	-	-	-
	Nº de leitos em hospitais e clínicas psiquiátricas da rede SUS	Nº de leitos psiquiátricos reduzidos em hospital especializado da rede SUS	FCES	-	-	-	-	764	739	719	699
28. Reduzir a incidência das DDAs e das DTAs (Doenças Transmitidas por alimentos)	Municípios com MDDA implantado	Total de municípios com MDDA implantado	MDDA	43	55	73	78	78	78	78	78
	municípios com o VIGIAGUA implantado	Total de municípios com VIGIAGUA implantado	VIGIAGUA	24	43	65	78	78	78	78	78
29. Reduzir agravos decorrentes do processo produtivo e do uso de produtos	Proporção de produtos em desacordo com a legislação Sanitária	Nº de laudos em desacordo/ nº de produtos analisados x 100	VISA	-----	-----	-----	-----	<30%	<25%	<20%	<10%
	Proporção de empresas licenciadas pela Vigilância Sanitária	Nº de empresas licenciadas pela VISA / Nº de empresas cadastradas na VISA x 100	VISA	-----	-----	-----	-----	>70%	>75%	>80%	>90%
	Proporção de municípios com Vigilância Sanitária de produtos atuante	Nº de municípios com VISA atuante / Nº total de municípios x 100	VISA	-----	-----	-----	-----	>50%	>60%	>70%	>80%
	Índice de inspeções por empresa de alta complexidade	Nº de empresas de alta complexidade inspecionadas / Nº total de empresas de alta complexidade cadastradas na VISA x 100	VISA	-----	-----	-----	-----	>50%	>60%	>70%	>80%
	Índice de inspeções por empresa de média complexidade	Nº de inspeções em empresas de média complexidade/ Nº de empresas de média complexidade cadastradas na VISA x 100	VISA	-----	-----	-----	-----	>50%	>60%	>70%	>80%

30. Reduzir agravos decorrentes do uso de serviços de saúde e/ou de interesse à saúde	Proporção de instituições e empresas licenciadas na VISA	Nº de empresas licenciadas/ Nº total de empresas cadastradas na VISA	VISA	-----	-----	-----	-----	>70%	>75%	>80%	>90%
	Proporção de municípios com Vigilância Sanitária de serviços de saúde e/ou de interesse à saúde atuante	Nº de municípios com VISA de serviços atuante/ Nº total de municípios	VISA	-----	-----	-----	-----	>50%	>60%	>70%	>80%
	Proporção de instituições e empresas licenciadas na VISA	Nº de empresas licenciadas/ Nº total de empresas cadastradas na VISA	VISA	-----	-----	-----	-----	>70%	>75%	>80%	>90%
31- Reduzir agravos decorrentes do uso do tabagismo	Porcentagem de Regionais de Saúde que realizaram campanha educativa no Dia Mundial sem Tabaco 31 de maio	Nº Total de Regionais de saúde que realizaram a campanha / Total de Regionais Existentes	Relatórios campanha Dia Mundial Sem Tabaco	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
	Porcentagem de Regionais de Saúde que realizaram campanha educativa no Dia Nacional de Combate ao Fumo 29 de agosto	Nº Total de Regionais de saúde que realizaram a campanha / Total de Regionais Existentes	Relatórios campanha Dia Mundial Sem Tabaco	-	-	100%	-	100%	100%	100%	100%
	Porcentagem de Regionais de Saúde que realizaram campanha educativa no Dia Nacional de Combate ao Câncer – 27 de novembro	Nº Total de Regionais de saúde que realizaram a campanha / Total de Regionais Existentes	Relatórios campanha Dia Mundial Sem Tabaco	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
	Porcentagem de Pesquisas Avaliativas Executadas	Nº Total de Pesquisas Realizadas / Total de Pesquisas Planejadas	Relatórios Anuais do Programa	-	-	-	-	-	50%	-	100%
	Porcentagem de Regionais de Saúde com Programa Tratamento do Fumante	Nº Total de Regionais com o programa implantado / Total de Regionais Existentes	Relatórios Semestrais do Programa	-	-	-	-	75%	100%	100%	100%

	Porcentagem de Regionais de Saúde com Programa Prevenção Sempre	Nº Total de Regionais com o programa implantado / Total de Regionais Existentes	Relatórios Anuais do Programa Prevenção Sempre	-	-	-	-	25%.	50%.	70%	100%
	Porcentagem de Regionais de Saúde com Programa Saúde e Coerência	Nº Total de Regionais com o programa implantado / Total de Regionais Existentes	Relatórios Anuais do Programa Saúde e Coerência	-	-	-	-	25%.	70%.	100%	100%
	Porcentagem de escolas públicas municipais e Estaduais do Estado do Espírito Santo com o Programa SABER SAUDE implantado.	Nº de escolas com o programa implantado / total de escolas	Relatórios Anuais do Programa Saber Saúde	10%	30%	33,4 %	-	45%.	70%.	100%	100%
32. Reduzir mortalidade por intoxicação exógena	Taxa de mortalidade por intoxicação exógena	Nº de óbitos por intoxicação exógena / Nº de total de óbitos x 1000	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
33 - Reduzir a taxa de incidência da hepatite A	Taxa de Incidência da Hepatite A	Nº de casos notificados na área/população da área X 100.000	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	Sem registro
34. Reduzir a taxa de prevalência da hepatite B	Taxa da Prevalência da Hepatite B	Nº de indivíduos positivos/ população testada na área X 100.000	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Proporção da população de 1 a 19 anos vacinada com 3 doses contra hepatite B	Número de vacinados com 3ª dose/população 1 a 19 anos x 100	SI-API	77%	78%	87%	95%	90%	92%	95%	95%
35. Reduzir a taxa de prevalência das hepatite C	Taxa da Prevalência da Hepatite C	Nº de indivíduos positivos/ população testada na área X 100.000	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-

36. Reduzir morbimortalidade por Leishmaniose Tegumentar Americana	Coeficiente de detecção de casos autóctones de Leishmaniose Tegumentar Americana (Coeficiente geral de detecção de casos de LTA, por 100.000 habitantes Baixo <3,00/100.000 Médio 3,0 T 11,00/100.000 Alto 11,0 T 71,00/100.000 Muito Alto ≥ 71,00/100.000	Nº de casos novos autóctones de LTA detectados no estado no ano / População do estado em 01/07 no ano x	SINAN	10,78 Médico*	7,90 Médico*	7,11 Médico*		Médico (3,0 a 11,0)	Médico (3,0 a 11,0)	Médico (3,0 a 11,0)	Médico (3,0 a 11,0)
	Coeficiente de letalidade	Nº de óbitos/ Nº de casos confirmados x 100	SINAN	-	-	-	zero	zero	zero	zero	zero
37. Redução da letalidade por Febre Maculosa Brasileira	Coeficiente de letalidade	Nº de óbitos/ Nº de casos c x 100	SINAN	Zero	Zero	29%	-----	<29%	<20%	<20%	<20%
38. Reduzir morbimortalidade por leptospirose	Coeficiente de Letalidade	Nº de óbitos por leptospirose/ Nº de casos confirmados x 100	SINAN	7,69 %	12,20 %	15,38 %	<11%	<11%	<9%	<8%	<7%
39. Reduzir o número de acidentes e de óbitos provocados animais peçonhentos	Coeficiente de letalidade	Número de óbitos notificados/Número de pacientes agredidos x 100	SINAN	0%	0,14 %	0,4%	0,43% (1)	0,3%	0,2%	0,1%	0%
40. Reduzir os agravos à saúde bucal	Número de dentes cariados, perdidos e obturado (CPO-D)	Somatório dos dentes cariados, perdidos e obturados por individuo.	OMS SB 2003 do MS	-	-	CPO-D 2,8 aos 12 anos	CPO-D menor <1,0 aos 12 anos, para ano de 2010	< ou = a 2,8	< 2,8	< ou = a 2,5	< 2,5
	Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	Média anual de população coberta por procedimentos de saúde bucal coletivos pela população de 0 a 14 anos de idade	SIA/SUS	1,79	0,18	0,23	-	> ou = 0,23	> 0,23	> ou = 0,25	= 0,30

	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	Relação entre o número total de exodontias de dentes permanentes realizadas X 100, pelo número total de ações básicas individuais em odontologia realizadas	SAI/SUS	7,5	6,51	6.91	-	< 7	< ou = 6,5	< 6,0	< ou = 5,5
41. Reduzir desassistência (assistência inadequada) ao idoso	Percentual de idosos com assistência adequada	N de idosos com assistência adequada/ Total de idosos no ES x 100	Sem registro	-	-	-	100	40	45	50	55
	Proporção de geriatras na rede SUS com relação ao nº de idosos	Nº de geriatras na rede SUS/ Nº total de idosos do ES x 100.000	DATASUS	-	-	2,7	-	2,7	5	5	5
	Proporção de profissionais da rede básica de saúde capacitados para o atendimento aos idosos	Nº de profissionais da rede básica de saúde capacitados para o atendimento aos idosos/ Nº de profissionais da rede básica de saúde x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Tempo médio de espera de idosos para realização de exames laboratoriais e de imagem	Nº de dias em média de espera de idosos para realização de exames laboratoriais e de imagem	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Percentual de atendimento de medicamentos de uso contínuo para idosos	Nº de medicamentos de uso contínuo para idosos atendidos / Nº de medicamentos de uso contínuo para idosos demandados x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Percentual de idosos obesos	Nº de idosos obesos / Total de idosos do ES x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Percentual de idosos desnutridos	Nº de idosos desnutridos / Total de idosos do ES x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-

42. Reduzir tempo de espera por transplante de órgãos e tecidos.	Tempo médio de espera em meses para transplante de córneas	Nº médio de espera em meses	Central de Captação	-	-	-	0	-	-	-	0
	Tempo médio de espera em meses para transplante de rim	Nº médio de espera em meses	Central de Captação	-	-	-	-	-	-	-	-
43. Iniciar os transplantes de fígado, pâncreas e coração.	Transplantes de fígado efetuados por ano	Nº de transplantes efetuados por ano	Central de Captação	0	0	0	-	0	10	10	10
	Transplantes de pâncreas efetuados por ano	Nº de transplantes efetuados por ano	Central de Captação	0	0	0		0	10	10	10
	Transplantes de coração efetuados por ano	Nº de transplantes efetuados por ano	Central de Captação	0	0	1		0	10	10	10
44. Reduzir desassistência nas práticas naturais	Proporção de assistidos em homeopatia	População assistida/população total x 100	SESA	-	-	0,3%	5%	0,3%	0,5%	0,7%	1,0%
	Proporção de assistidos em acupuntura	População assistida/população total x 100	SESA	-	-	0,3%	5%	0,3%	0,5%	0,7%	1,0%
	Proporção de assistidos em fitoterapia	População assistida/população total x 100	SESA	-	-	0,3%	5%	0,3%	0,5%	0,7%	1,0%
45. Reduzir a desassistência dos portadores de hemopatias (doenças do sangue)	Proporção de assistidos	Nº portadores de hemopatias assistidos / Nº total de portadores de hemopatias x 100	SESA	-	-	0,5%	10%	0,8%	2%	4%	5%

EIXO DE INTERVENÇÃO III – MELHORIA DA GESTÃO, DO ACESSO E DA QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE											
OBJETIVO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FONTE	PARÂMETRO			RECOMENDADO PELO MS	META			
				2001	2002	2003		2004	2005	2006	2007
1 – Implementar a assistência à saúde no sistema penitenciário.	População carcerária coberta pelo programa estadual de saúde penitenciária.	Nº de equipes implantadas/ População carcerária flutuante total em 2003 x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Ampliar a Rede de Atenção à Saúde Mental	Nº de Centros de Atenção Psico-Social – CAPS implementados e em efetivo funcionamento	Numero de CAPS implantados e em efetivo funcionamento	FCES	05	06	07	-	11	16	20	25
	Nº de Residências terapêuticas implantadas	Nº de Residências terapêuticas implantadas em efetivo funcionamento	FCES	-	-	-	-	04	06	08	10
3 – Implementar a hemorrede garantindo o acesso a assistência hematológica e hemoterápica de qualidade	Cobertura hemoterápica dos leitos SUS do E. S.	Nº de leitos com cobertura hemoterápica / total de leitos da rede do SUS x 100	SESA	-	-	46	80	54	60	70	80
4 – Implementar a rede de gestação de alto risco.	Nº de serviços de referência implantados no Estado.	Nº de unidades implantadas x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Nº de leitor de UTIN e Unidade Intermediária Neo-Natal ampliados.	Nº de leitos existentes x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Nº de profissionais capacitados por unidade de referencia	Nº de leitos total necessário	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-

5 – Implementar a rede de Urgência e emergência	Leitos de UTI adulto implantado em hospitais de referencia	Nº de leitos novos de UTI adulto implantados em hospitais de referencia	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Central de regularização de urgências implantadas	Nº de central de regularização de urgência em funcionamento	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Suprir a demanda de assistência farmacêutica básica	Percentual de Municípios participantes do Pacto	Nº de municípios assinantes do Pacto bipartite / total de municípios x 100	MS SESA	100	100	100	100	100	100	100	100
7. Suprir a demanda de medicamentos excepcionais	Proporção da demanda por medicamentos excepcionais atendida	Nº de medicamentos excepcionais atendidos/Nº de medicamentos excepcionais padronizados pelo MS x 100	MS SESA	90	35	40	100	50	60	65	70

EIXO DE INTERVENÇÃO IV – REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E DESCENTRALIZAÇÃO											
OBJETIVO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FONTE	PARÂMETRO			RECOMENDADO PELO MS	META			
				2001	2002	2003		2004	2005	2006	2007
1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Família	Proporção da população coberta pelo programa saúde da família PSF	População cadastrada no SIAB (modelo PSF) em determinado local e período, dividido pela população do mesmo local e período x 100	SIAB	22.62	29	30	-----	40	50	60	70
2. Implantar o Plano Diretor de Regionalização	Percentual de Sistemas Microrregiões de Saúde implantados	Nº de Sistemas Microrregiões de Saúde implantados / Total de microrregiões x 100	SESA	0	0	0	100	0	100	100	100
3. Implementar o Processo de Controle, Regulação e Avaliação do SUS	% de internações realizadas através das Centrais de Regulação (CR)	Nº de internações realizadas pelas CRs / Nº de internações X 100	Sem registro	-	-	-	100	-	-	-	-
4. Implementar o Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria	Quantitativo de Auditorias realizadas “in loco”	Nº de auditorias realizadas	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Implementar ações integradas e descentralizadas de Vigilância à Saúde	Percentual de Microrregiões com Ações de Vigilância à Saúde Implantadas (Vig.Sanitária / Saúde do Trabalhador /Vig.Epidemiológica)	Número de microrregiões implantadas com ações de Vigilância à Saúde/ Total programado X 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Implementar novos modelos de gestão	Proporção de Hospitais da Rede Pública com Novo Modelo de Gerenciamento / Gestão	Hospitais com Novo Modelo de Gestão / Total de Hospitais Estaduais X 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-

7 - Implementar o Sistema Estadual de Informações de Saúde.	Cobertura Populacional do SINASC	Nascidos Vivos Esperados / Nascidos Vivos Informados x 100	M.Saúde SINASC PPI	95%	95%	95%	-	95%	96%	97%	98%
	Cobertura populacional do SIM	Óbitos Notificados pelo SIM x 100 / Total de Óbitos Estimados	M.Saúde SINASC PPI	90%	90%	90%	-	95%	96%	97%	98%
	Proporção de óbitos mal definidos	Nº de óbitos mal definidos / pelo total de óbitos x 100.	M.Saúde SINASC PPI	<10%	<10%	<10%	-	<10%	<10%	<10%	<10%
	Percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente	Nº de casos notificados encerrados / Nº de casos notificados x 100.	SINAN	80%	80%	80%	-	85%	85%	85%	85%
	Alimentação Regular do Sistema	Nº de lotes enviados conforme cronograma.	SINAN	24	24	24	-	>=24	>=24	>=24	>=24
	Cobertura populacional do SIAB.	População geral cadastrada no SIAB em determinado local e período / População no mesmo local e período x 100	SIABEST	49%	58%	60%	-	60%	65%	70%	>70%
8 – Estruturar sistema de informações de cânceres	Coletar os casos novos de câncer registrados em 100% das fontes cadastradas no RCBP-GV	Nº de fontes com dados totalmente coletados para o RCBP-GV / Nº de fontes cadastradas no RCBP-GV	Todas as fontes cadastradas no RCBP	-	-	100%	-	100%	100%	100%	100%
9 – Modernizar administrativa e gerencialmente a Secretaria Estadual de Saúde.	Cobertura Gerencial dos Sistemas (estratégicos*) de Informações de Saúde pela Coordenadoria de Informações	Sistemas (estratégicos*) de Informações de Saúde gerenciados pela Coordenadoria de Informações / Sistemas (estratégicos*) de Informações de Saúde Implantados na SESA x 100.	Câmara Técnica de Informação e Informática do CONASS e SESA	-	-	-	-	-	70%	100%	100%

EIXO DE INTERVENÇÃO V – DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS E APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE GESTÃO DE PESSOAS NA SAÚDE											
OBJETIVO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FONTE	PARÂMETRO			RECOMENDADO PELO MS	META			
				2001	2002	2003		2004	2005	2006	2007
1. Capacitar trabalhadores de saúde em áreas estratégicas do sus em consonância com o polo de educação permanente em saúde	Percentual de profissionais capacitados	Nº de profissionais capacitados/nº de profissionais da rede x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Profissionalizar os trabalhadores que atuam sem qualificação no SUS	Percentual de profissionais formados	Nº de profissionais formados/nº de profissionais sem qualificação da rede x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Percentual de cursos técnicos ofertados	Nº de cursos técnicos ofertados/nº de cursos técnicos existentes x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
	Percentual de trabalhadores com registros de qualificação e capacitação atualizados no sistema de RH	Nº de trabalhadores com registros de qualificação e capacitação atualizados no sistema de RH / Total de trabalhadores com qualificação e capacitação x 100	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Desenvolver instrumentos para a gestão e regulação do trabalho na SESA	Instrumentos para a gestão e regulação do trabalho na SESA desenvolvidos	Nº de Instrumentos para a gestão e regulação do trabalho na SESA desenvolvidos	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
4- Aprimorar o processo de gestão de pessoas na SESA e no IESP	Percentual de fichas funcionais com informações incorretas ou incompletas no cadastro de servidores	Nº de fichas funcionais com informações incorretas ou incompletas no cadastro de servidores / Nº total de fichas funcionais no cadastro de servidores x 100	SIRH	-	-	30	1	25	5	3	1

5. Reduzir o índice de acidentes de trabalho nos estabelecimentos de saúde da SESA/IESP	Taxa de acidentes de trabalho nos estabelecimentos de saúde da SESA/IESP	Nº de acidentes de trabalho nos estabelecimentos de saúde da SESA-IESP / Total de trabalhadores da SESA-IESP x 1000	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Reduzir o índice de doenças relacionadas ao trabalho dos servidores da SESA/IESP	Índice de doenças relacionadas ao trabalho dos servidores da SESA/IESP	Nº de doenças relacionadas ao trabalho dos servidores da SESA-IESP / Total de trabalhadores da SESA-IESP x 1000	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Recuperar e reabilitar a capacidade laborativa e saúde dos trabalhadores da SESA/IESP expostos aos riscos e agravos do ambiente de trabalho	Quantitativo de trabalhadores da SESA-IESP com capacidade laborativa e saúde recuperada e reabilitado	Nº de trabalhadores da SESA-IESP com capacidade laborativa e saúde recuperada e reabilitado	Sem registro	-	-	-	-	-	-	-	-

EIXO DE INTERVENÇÃO VI – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

OBJETIVO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FONTE	PARÂMETRO			RECOMENDADO PELO MS	META			
				2001	2002	2003		2004	2005	2006	2007
1. Implementar ações para o fortalecimento do controle social do SUS	Percentual de conselheiros(as) capacitados	Nº de conselheiros capacitados / Nº total de conselheiros x 100	Secretaria Executiva do CES	-	-	32	70	50	70	80	100
	Percentual de Conselhos Municipais de Saúde – CMS efetivamente em atuação	Nº de Conselhos Municipais de Saúde – CMS efetivamente em atuação / Total de Conselhos Municipais de Saúde – CMS do ES	Secretaria Executiva do CES	-	-	-	100	70	80	90	100
	Percentual de Municípios com prestação de contas trimestrais nas respectivas câmaras de vereadores sendo efetuadas regularmente	Nº de Municípios com prestação de contas trimestrais nas respectivas câmaras de vereadores sendo efetuadas regularmente / Total de municípios do ES	Secretaria Executiva do CES	-	-	-	100	70	80	90	100

5.2 - AÇÕES PRIORITÁRIAS PARA O QUADRIÊNIO 2004-2007

Quadro 12 – Objetivos e ações prioritárias da Saúde do Espírito Santo para o quadriênio 2004-2007

EIXO DE INTERVENÇÃO I – REDUÇÃO DA MORBI-MORTALIDADE DE CRIANÇAS E MATERNA		
Objetivo 1 – Reduzir a Morbi-Mortalidade de Crianças		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Implantação e monitoramento dos Comitês de Mortalidade Infantil	SESA/SEMUS	Secretaria de Ação Social, Educação, Segurança Pública, Pastoral e outros
2. Incentivo ao aleitamento materno	SESA/SEMUS	Pastoral da Criança, Corpo de Bombeiro e Correios
3. Implantação de Protocolos do pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança até 1 ano de vida	SESA	SEMUS
4. Aumento da oferta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	SESA	SEMUS
5. Redução das doenças imunopreveníveis*	SESA/IMUNOPREVENÍVEIS	SEMUS/IMUNOPREVENÍVEIS
6. Redução das carências nutricionais em crianças menores de 1 ano e gestantes	SESA/SISVAN	SEMUS/SISVAN
7. Desenvolvimento de ações intersetoriais	SESA	TODAS AS OUTRAS SECRETARIAS
8. Controle e fiscalização sanitária de maternidades		
9. Controle e fiscalização sanitária de estabelecimentos de saúde com utins		
10. Controle e fiscalização sanitária de bancos de leite humano		
11. Controle e fiscalização sanitária em clínicas de vacinação		

Objetivo 2 – Reduzir a Morbi-Mortalidade Materna

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Ampliação e qualificação das consultas básicas de pré-natal	SEMUS	SESA
2. Ampliação e qualificação dos serviços de planejamento familiar	SEMUS	SESA
3. Implementação das ações de vigilância epidemiológica do óbito materno	SEMUS	SESA
4. Promoção da melhoria do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)	SESA	SEMUS
5. Promoção da intersetorialidade na definição e execução de políticas e estratégias que influenciem a redução da mortalidade materna	SESA	SEMUS
6. Qualificação dos serviços de atendimento ao parto e aborto	SESA	SEMUS
7. Aumento de serviços com atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual	SESA	SEMUS
8. Aumento da oferta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva	SESA	SEMUS
9. Implantação de Protocolos do pré-natal, parto, puerpério	SESA	SEMUS
10. Mobilização Social de Incentivo às ações do Programa Materno-Infantil	SEMUS	SESA
11. Redimensionamento da oferta de exames laboratoriais no pré-natal	SEMUS	SESA
12. Implantação dos Comitês de Investigação de Mortalidade Materna		SESA
13. Controle e fiscalização sanitária em hospitais e maternidade		

EIXO DE INTERVENÇÃO II – CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS

Objetivo 3 – Manter a cobertura vacinal com tetravalente, pólio, hepatite B, BCG e tríplice viral e nas campanhas nacionais contra a poliomielite (2 etapas anuais) e contra a gripe na população idosa (60 anos e mais), nos municípios.

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoramento das coberturas vacinas através do SI-API e supervisões 2. Desenvolvimento de estratégias intra e intersetoriais para o alcance das metas nacionalmente estabelecidas 3. Coordenação das Campanhas Nacionais de Vacinação 4. Garantia de insumos de qualidade aos municípios 5. Investigação de 100% dos eventos adversos pós – vacinais graves e inusitados 6. Implantação de programa de treinamento de equipes municipais no controle e fiscalização sanitária das salas de vacina e clínicas particulares de vacinação 	Imunização	

Objetivo 4. Manter o Estado sem casos de sarampo

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoramento do comportamento de Sarampo, Rubéola e Síndrome de Rubéola Congênita (DEFs) a partir dos Sistemas de Informações (SINAN) 2. Capacitação dos profissionais da Atenção Básica e dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Municipais 3. Monitoramento das cobertura vacinal de rotina de Tríplice Viral visando manter coberturas altas e alcançar homogeneidade (API) 4. Monitoramento da investigação epidemiológica dos casos suspeitos de Sarampo e Rubéola em tempo hábil (48 hs) 5. Monitoramento da Notificação Semanal Negativa Oportuna de Sarampo e Rubéola 6. Monitoramento do diagnóstico laboratorial de casos suspeitos de Sarampo e Rubéola 7. Monitoramento da coleta oportuna de amostras para sorologia de casos suspeitos de Sarampo e Rubéola 8. Monitoramento de encerramento oportuno de casos suspeitos de Sarampo e Rubéola 9. Monitoramento de envio oportuno de amostras para sorologia de Sarampo e Rubéola ao LACEN 10. Monitoramento de resultado oportuno de amostras de sorologia para Sarampo e Rubéola realizadas pelo LACEN para a Vigilância Epidemiológica 11. Implantação de programa de treinamento de equipes municipais no controle e fiscalização sanitária das salas de vacina e clinicas particulares de vacinação 	<p>Imunização/Sarampo</p>	

Objetivo 5. Manter o Estado sem casos de poliomielite		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoramento das coberturas vacinais de Pólio, visando homogeneidade 2. Notificar imediatamente todo dos casos suspeitos de Paralisia Flácida Aguda (PFA), em menor de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica. 3. Realização da investigação epidemiológica dos casos de PFA, em tempo hábil. 4. Coletar uma amostra de fezes de todo caso de PFA, até 14 dias da instalação da deficiência motora. 5. Realizar Notificação negativa Semanal (notificar até terça-feira se houve ou não casos de PFA na semana epidemiológica anterior); 6. Implantação de programa de treinamento de equipes municipais no controle e fiscalização sanitária das salas de vacina e clínicas particulares de vacinação 	<p style="text-align: center;">Imunização/Poliomielite</p>	

Objetivo 6. Manter o estado sem casos de tétano neonatal		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1- Intensificar as ações de vigilância epidemiológica do tétano neonatal (TNN) . 2- Investigar os casos de óbitos em < de 28 dias, sem causa definida. 3- Realizar Busca Ativa nos Municípios Silenciosos de TNN. 4- Vacinar 100% das Mulheres em idade Fértil (MIF) contra o Tétano, principalmente nos Municípios de Risco para o TNN; 5- Implantação de programa de treinamento de equipes municipais no controle e fiscalização sanitária das salas de vacina e clínicas particulares de vacinação 	<p style="text-align: center;">Imunização/Tétano Neonatal</p>	

Objetivo 7. Reduzir a incidência de casos de coqueluche		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoramento da cobertura vacinal 2. Implementação da vigilância epidemiológica dos casos de coqueluche 	Imunização	

Objetivo 8 – Reduzir a incidência de dengue		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoramento e Avaliação da operacionalização do Plano Nacional do Controle da Dengue 2. Desenvolvimento de ações intersetoriais para divulgação das medidas de promoção e prevenção da dengue 3. Capacitação técnica em vigilância epidemiológica, controle do vetor e atenção ao doente. 4. Monitoramento e Avaliação da operacionalização do Plano Nacional do Controle da Dengue 5. Desenvolvimento de ações intersetoriais para divulgação das medidas de promoção e prevenção da dengue 6. Garantia dos insumos específicos, pactuados na PPI/ECD 7. Capacitação técnica na área de controle do vetor 	Vig Ambiental	

Objetivo 9. Reduzir a prevalência de esquistossomose

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar o monitoramento e avaliação dos indicadores de morbi-mortalidade nos municípios endêmicos e focais. 2. Investigar os casos positivos. 3. Realizar Inquéritos Coproscópicos em localidades endêmicas e focais. 4. Realizar o monitoramento vetorial com realização de pesquisa malacológica em coleções hídricas. 5. Capacitar os Recursos Humanos em diagnóstico e tratamento; em pesquisa malacológica de coleções hídricas; no Sistema de Informação SIS-PCE e das vigilâncias epidemiológica e ambiental. 6. Garantir os insumos e medicamentos para diagnóstico e tratamento. 7. Desenvolver ações de informação, educação e comunicação. 8. Promover a integração de ações na área de saneamento ambiental e educação sanitária visando a adequação dos programas de controle de Esquistossomose em Municípios de alta endemicidade que possuam localidade com prevalência (taxa de detecção) > 5%; 9. Realizar Supervisão nos Laboratórios Municipais e Controle de Qualidade nos diagnósticos laboratoriais 	<p>1- SESA/SEMUS</p> <p>2 - SEMUS</p> <p>3 - SEMUS</p> <p>4 - SESA/NEMES/SEMUS</p> <p>5 – SESA</p> <p>6 - SVS/SESA</p> <p>7 - SESA/SEMUS</p> <p>8 - SESA/SEMUS</p> <p>9 - SESA/LACEN</p>	<p>1 - SESA/SEMUS</p> <p>2 - SEMUS</p> <p>3 - SESA/SEMUS</p> <p>4 - SESA/NEMES/SEMUS</p> <p>5 - SESA/LACEN/NEMES</p> <p>6 - SVS/SESA</p> <p>7 - SESA/SEMUS/SEDU</p> <p>8 -SESA/SEMUS/SECRETARIAS EDUCAÇÃO/SECRETARIAS DE MEIO AMBIENTE/SECRETARIAS DE OBRAS/ EMPRESAS DE SANEAMENTO</p> <p>9 – SESA/LACEN</p>

Objetivo 10. Manter a ausência de transmissão natural da Doença de Chagas		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorar e avaliar o Programa de Controle de Doença de Chagas 2. Garantir os insumos para o controle do vetor. 3. Investigar os casos suspeitos. 4. Implementar as ações de vigilância entomológica dos triatomíneos de importância epidemiológica no Estado. 5. Capacitar os recursos humanos envolvidos. 6. Desenvolver ações educativas e de mobilização social. 	Vig Ambiental	

Objetivo 11. Reduzir a mortalidade por leishmaniose visceral		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar inquérito sorológico canino em áreas de risco. 2. Realizar de borrifação domiciliar de acordo com os critérios estabelecidos no Programa Estadual de Controle da Leishmaniose Visceral 3. Monitorar e avaliar os indicadores de morbi-mortalidade nos municípios endêmicos. 4. Garantir os insumos e medicamento para os municípios endêmicos 5. Implementar a vigilância entomológica de acordo com os critérios estabelecidos no Programa Estadual de Controle da Leishmaniose Visceral 6. Desenvolver ações educativas e de mobilização social. 7. Capacitar os recursos humanos envolvidos. 	Vig Ambiental	

Objetivo 12. Reduzir a incidência de Malária.		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar diagnóstico rápido e tratamento oportuno da pessoa portadora de malária 2. Investigar os casos positivos e detecção precoce de surtos. 3. Monitorar e avaliar os indicadores de morbi-mortalidade. 4. Realizar monitoramento vetorial para caracterização entomológica e infectividade de anofelinos coletados na mata atlântica 5. Investigar a malária símia. 6. Implementar a vigilância entomológica em área de risco 7. Garantir a distribuição de insumos e medicamentos 8. Capacitar os recursos humanos. 9. Desenvolver ações educativas e de mobilização social. 	Vig Ambiental	

Objetivo 13 - Manter o Estado sem casos de febre amarela		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vacinação contra febre amarela na população de 9 meses e mais nos municípios de risco potencial 	Imunização	

Objetivo 14. Eliminar a raiva humana transmitida por cão		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar manutenção das coberturas de no mínimo 80% da população canina e felina. 2. Observar no mínimo 80% das agressões provocadas por cães e gatos. 3. Garantir 100% dos diagnósticos laboratoriais a todos casos suspeitos. 4. Garantir os insumos específicos pactuados na PPI/SVS. 5. Investigar todos os casos suspeitos de raiva humana. 6. Capacitar as equipes de saúde. 	<p style="text-align: center;">SESA/IESP</p>	

Objetivo 15 – Reduzir o risco de infecção da Tuberculose		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Descentralização do Programa para a Atenção Básica visando o tratamento supervisionado 2. Ampliação da rede laboratorial para garantir o diagnóstico através da baciloscopia de escarro 3. Coordenação da distribuição dos medicamentos 4. Aumentar a descoberta de casos novos de tuberculose 5. Aumentar o percentual de cura dos pacientes com tuberculose 6. promover campanhas educativas no sentido de envolvimento da sociedade para o problema tuberculose 7. garantir recursos para atualização dos profissionais envolvidos com o controle da tuberculose 8. implementar parcerias com a Secretaria de Segurança pública para o desenvolvimento de ações para o controle da tuberculose nos presídios 9. Garantir medicamentos de auto custo para tratamento de tuberculose atípica 10. Garantir leitos hospitalares para pacientes com indicação de internação por tuberculose 	<p style="text-align: center;">Programa de Tuberculose</p>	

Objetivo 16. Eliminar a hanseníase como problema de saúde pública

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoção de ações para o aumento da detecção precoce dos casos de hanseníase <ol style="list-style-type: none"> a. Realizar 1 Campanha Educativa ao ano para a população em geral b. Promover palestras em escolas, indústrias, centros comunitários, unidades de saúde, etc. c. Divulgar informações sobre hanseníase nos meios de divulgação (rádio, jornal, TV, etc.) d. Capacitar profissionais de saúde para o diagnóstico da hanseníase 2. Assessoramento e acompanhamento do cumprimento das atividades de controle e eliminação programadas pelos municípios <ol style="list-style-type: none"> a. Realizar reunião com gestores municipais b. Assessorar elaboração do Plano Municipal das Ações de Controle da Hanseníase c. Realizar 2 supervisões ao ano em cada município d. Realizar Fórum Estadual de Avaliação das Ações de Hanseníase 3. Coordenação da distribuição dos medicamentos para tratamento pactuados na PPI/ECD. <ol style="list-style-type: none"> a. Suprir e manter farmácias municipais com hansenostáticos 4. Manter unidades de referência municipais em Hanseníase <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Manter profissionais atualizados nas ações de controle da hanseníase 5. Manter Centro de Referência Estadual em Dermatologia, com ênfase em Hanseníase. <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Manter profissionais atualizados nas ações de controle da hanseníase 	<p>Programa de Hanseníase</p>	

Objetivo 17 - Reduzir o índice de infecção pelo HIV

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Campanhas de prevenção - mídia escrita e falada 2. Promoção da implantação e/ou implementação de ações de testagem e aconselhamento em 50% dos Municípios 3. Garantia de suprimento de 100% da demanda de preservativos nos serviços de referência em prevenção e assistência às DST e Aids 4. Garantia dos insumos necessários a execução da assistência (diagnóstico laboratorial e medicamentos de alto custo) às pessoas com DST nos serviços especializados de referência 5. Realização de projetos estruturantes de ações educativas direcionadas às populações consideradas mais vulneráveis 6. Realização de projeto de redução da transmissão vertical (materno-infantil) da sífilis e do HIV 7. Realização de vigilância epidemiológica das DST, do HIV em gestante, da Sífilis congênita e da Aids 8. Organização da rede de diagnóstico laboratorial para o HIV e para o CD4/CD8 (contagem de linfócitos) e quantificação da Carga Viral 9. Complementação de infra-estrutura (materiais permanentes e equipamentos) para melhoria da qualidade dos serviços especializados de assistência 10. Monitoramento e avaliação dos Planos de Ações e Metas dos Municípios 11. Monitoramento e avaliação dos projetos de ONGs selecionados publicamente para repasse de recursos 	<p>Programa de DST/AIDS</p>	

Objetivo 18. Reduzir morbi-mortalidade de mulheres por câncer de colo de útero e mamas

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Treinamento Gerencial para coordenadores municipais, PAC'S e PSF para os 78 municípios e regionais.	SESA/Regionais	INCA/SESA/Reg./Mun.
2. Fórum Estadual de discussão da nova nomenclatura e protocolo de acompanhamento e tratamento de casos alterados de câncer de colo de útero e inserção do PAC'S e PSF .	SESA	INCA/SESA/REG/MUN/SERV. REFER EM COLP/HOSP/LAB
3. Treinamento de coloração para laboratório de citologia, prestadores do SUS.	SESA/LACEM	INCA/SESA/LACEM/LABORA
4. Treinamento de normas e rotinas de laboratório, prestadores do SUS.	SESA/LACEM	TORIOS PRESTADORES
5. Aquisição de equipamentos, para adequação do laboratório de controle de qualidade – LACEM.	INCA/SESA	INCA/SESA/LACEM/LABORA
6. Treinamento de coleta e exame clínico de mama, para profissionais da assistência e do PAC'S e PSF.	SESA/REGIONAL	TORIOS PRESTADORES
7. Treinamento em Cirurgia de Alta Frequência, para médico que realizam tratamento especilizado.	INCA/SESA	INCA/SESA
8. Treinamento em mamografia, para médicos e técnicos em radiologia.	INCA/SESA	INCA/SESA/REG/MUN
9. Treinamento do sistema SISCOLO, para coordenadores e técnicos dos municípios e regionais.	INCA/SESA/DATASUS	INCA/SESA/SERVIÇOS
10. Supervisão em no mínimo 50% dos municípios.	SESA/REGIONAL	ESPECIALIZADOS
11. Realizar campanhas educativas.	INCA/SESA/REG/MUN	INCA/SESA/SERVIÇOS
12. Realizar Fórum de consenso de mama.	INCA/SESA	ESPECIALIZADOS
13. Participação da Coordenação, em encontros de Seminários e Congressos.	INCA/SESA	INCA/SESA/DATASUS
14. Organização da rede, para a detecção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo de útero e mama.	INCA/SESA	SESA/REGIONAL
15. Controle fiscalização sanitária dos estabelecimentos de diagnóstico de cancer	INCA/SESA	INCA/SESA/REG/MUN
16. Controle e fiscalização sanitária dos estabelecimentos de tratamento oncológico		INCA/SESA
		INCA/SESA

Objetivo 19 – Reduzir morbi-mortalidade por câncer de pele		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Desenvolvimento de ações educativas visando a prevenção e diagnóstico precoce 2. Implementação da assistência de qualidade aos portadores dos cânceres especificados 3. Controle fiscalização sanitária dos estabelecimentos de diagnóstico de cancer 4. Controle e fiscalização sanitária dos estabelecimentos de tratamento oncológico	Programa de Cancer	

Objetivo 20 - Reduzir morbimortalidade por câncer de próstata C61		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1- Implantar programa de prevenção (orientação sobre alimentação saudável, diminuição do consumo de álcool, prevenção do tabagismo) e detecção precoce (toque retal e PSA) do câncer de próstata.	INCA e SESA	SESA, Regionais de Saúde e SEMUS

Objetivo 21- Reduzir morbimortalidade por câncer de pulmão C33-C34		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1- Continuar a execução das ações de prevenção e controle do tabagismo	INCA e SESA	SESA, Regionais de Saúde e SEMUS

Objetivo 22- Reduzir morbimortalidade por câncer de cólon e reto C19-C21		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Implantar programa de prevenção (orientação sobre alimentação saudável, diminuição do consumo de álcool, prevenção do tabagismo) e detecção precoce (pesquisa de sangue oculto nas fezes) do câncer de cólon e reto:	INCA e SESA	SESA, Regionais de Saúde e SEMUS

Objetivo 23. Reduzir a Internação por Acidente Vascular Cerebral na Faixa Etária de 40 a 69 anos		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar o município a instituir a promoção de hábitos saudáveis de vida. 2. Sensibilizar o município na realização do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e na redução de danos cardiovasculares. 3. Monitorar os Municípios que atuam nas ações de HA. 4. Descentralizar as ações de DM – HA para as Macrorregionais de Saúde. 5. Apoiar tecnicamente a implantação do SIS-HIPERDIA. 6. Promover e apoiar tecnicamente a implementação do SIS-HIPERDIA com o cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes 	Programa de Prevenção e Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	

Objetivo 24 – Reduzir a mortalidade por doenças cérebros-vasculares na faixa etária de 40 a 69 anos

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar o município a instituir a promoção de hábitos saudáveis de vida. 2. Sensibilizar o município na realização do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e na redução de danos cardiovasculares. 3. Monitorar os Municípios que atuam nas ações de DM. 4. Descentralizar as ações de DM - HÁ para as Macrorregionais de Saúde. 5. Apoiar tecnicamente a implantação do SIS-HIPERDIA. 6. Promover e apoiar tecnicamente a implementação do SIS-HIPERDIA com o cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes. 7. Controle e fiscalização sanitária laboratórios de análises clínicas 	<p>Programa de Prevenção e Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus</p>	

25.Reduzir a Internação por Cetoacidose e Coma Diabético

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar o município a instituir a promoção de hábitos saudáveis de vida. 2. Sensibilizar o município na realização do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e na redução de danos cardiovasculares. 3. Monitorar os Municípios que atuam nas ações de DM. 4. Descentralizar as ações de DM - HÁ para as Macrorregionais de Saúde. 5. Apoiar tecnicamente a implantação do SIS-HIPERDIA. 6. Promover e apoiar tecnicamente a implementação do SIS-HIPERDIA com o cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes 7. Controle e fiscalização sanitária laboratórios de análises clínicas 	<p>Programa de Prevenção e Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus</p>	

Objetivo 26 – Reduzir a desassistência a pessoas com danos psicossociais decorrentes do Uso indevido de Álcool e de outras Drogas		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Ampliação da Atenção as Pessoas com Transtornos Mentais decorrentes do uso indevido de Álcool e outras drogas na Rede SUS	SCPEI/Coord Saúde Mental	SESA/IESP e Municípios

Objetivo 27. Reduzir desassistência às pessoas com transtornos mentais		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Implantação de Centros de Atenção Psicossocial –CAPS i, ad, CAPS I, II,e III 2. Aumento do número de Serviços Residenciais Terapêuticos 3. Redução do número de leitos em Hospitais e Clínicas Psiquiátricas 4. Aumento do número de leitos em Hospital Geral 5. Redução o número de Internações em Hospitais e Clínicas Psiquiátricas 6. Manutenção da Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral	SCPEI/Coord Saúde Mental	SESA/IESP e Municípios

Objetivo 28. Reduzir a incidência das DDAs e das DTAs (Doenças Transmitidas por alimentos)		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver ações integradas entre a Vigilância Sanitária, a Vigilância Ambiental, a Vigilância Epidemiológica e o LACEN nas ações de prevenção e controle, principalmente para a detecção de surtos de doenças diarreicas agudas (DDA) 2. Capacitar os profissionais de saúde em detecção e investigação de surtos de doenças diarreicas agudas (DDA), no manejo de pacientes com diarreia e na atualização gerencial do MDDA- Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas e do VIGIAGUA- Vigilância em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano bem como do SISAGUA- Sistema de Informações do VIGIAGUA. 3. Acompanhar e avaliar as ações do MDDA - Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas e do monitoramento ambiental, através do VIGIAGUA, junto aos municípios 4. Garantir os insumos (hipoclorito de sódio a 2,5%) em municípios que não dispõem de água tratada 5. Monitorar a qualidade da água para o consumo humano através do VIGIAGUA; 6. Supervisão, acompanhamento e avaliação das ações de vigilância sanitária municipais de alimentos 	Vig Sanitária	

Objetivo 29. Reduzir agravos decorrentes do processo produtivo e do uso de produtos		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantação da farmacovigilância 2. Implantação do sistema de informação em vigilância sanitária (sinavisa) 3. Monitoramento e controle sanitário dos estabelecimentos que manipulam ou fabricam produtos considerados como ação de alta complexidade 4. Implantação de programa de orientação à população no consumo de produtos 	Vig Sanitária	

30. Reduzir agravos decorrentes do uso de serviços de saúde e/ou de interesse à saúde

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoramento e controle sanitário dos estabelecimentos de serviços de saúde onde ocorre internação 2. Implantação do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde nos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde 3. Monitoramento e controle sanitário de banco de sangue 4. Monitoramento e controle sanitário de serviços de apoio diagnóstico de alta complexidade 5. Monitoramento e controle sanitário de serviços de banco de órgãos e tecidos 6. Monitoramento e controle sanitário de serviços de terapia renal substitutiva 7. Implantação de programa de orientação à população no uso dos serviços de saúde e de interesse à saúde 8. Implementação do programa estadual de controle de infecção hospitalar 	<p>Vig Sanitária</p>	

Objetivo 31. Reduzir agravos decorrentes do uso do tabagismo

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoiar as regionais de saúde e educação na realização de campanhas educativas das datas comemorativas do Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), Dia Nacional de Combate a Fumo (29 de agosto), Dia Nacional de Combate ao Câncer (27 de novembro) 	<p>SESA e Regionais de Saúde</p>	<p>SESA, e Regionais de Saúde e Educação, Secretarias municipais de saúde e educação e ONGs.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 2. Capacitação de coordenadores regionais da área da saúde para gerenciar a implantação e implementação dos Programas Saúde e Coerência e Prevenção Sempre. 	<p>SESA e Regionais de Saúde</p>	<p>SESA, e Regionais de Saúde</p>
<ol style="list-style-type: none"> 3. Cadastramento de Unidades de Saúde e Ambientes de Trabalho dos Programas Saúde e Coerência e Prevenção Sempre. 	<p>Regionais de Saúde e secretarias Municipais de Saúde</p>	<p>Regionais de Saúde e secretarias Municipais de Saúde</p>
<ol style="list-style-type: none"> 4. Assessoria para implantação e implementação dos Programas Saúde e Coerência e Prevenção Sempre. 	<p>SESA e Regionais de saúde INCA e SESA</p>	<p>SESA, Regionais e secretarias Municipais de saúde.</p>

5. Assessoria com material para implantação e implementação dos Programas Saúde e Coerência e Prevenção Sempre.	SESA e Regionais de Saúde	INCA, SESA, Reg de Saúde e SEMUS
6. Encontro Estadual de Coordenadores Municipais e Regionais da Saúde para avaliação dos Programas Saúde e Coerência e Prevenção Sempre.	SESA e Regionais de Saúde	SESA, Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.
7. Reuniões com as Regionais de saúde para a descentralização das ações dos Programas Saúde e Coerência e Prevenção Sempre.	SESA	Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde
8. Elaboração de Projetos e de Pesquisas Avaliativas.	SESA	INCA, SESA, Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde
9. Capacitação de coordenadores municipais e regionais da área da saúde e da educação pra gerenciar a implantação e implementação do programa SABER SAÚDE nas escolas.	SESA e Regionais de Saúde	SESA, Regionais de Saúde e de Educação, secretarias Municipais de Saúde e Educação.
10. Cadastramento de escolas e capacitação de professores para implantação do Programa SABER SAÚDE	Regionais de Saúde e de Educação, secretarias Municipais de Saúde e Educação.	Regionais de Saúde e de Educação, secretarias Municipais de Saúde e Educação e escolas cadastradas.
11. Assessoria Pedagógica para implantação e implementação do Programa SABER SAÚDE nas escolas.	SESA e Regionais de Educação	SESA, Regionais de Educação e secretarias Municipais de Educação
12. Assessoria com material para implantação e implementação do Programa SABER SAÚDE nas escolas.	INCA e SESA	INCA, SESA, Reg de Saúde e Educação, SEMUS e SEMEC
13. Encontro de Coordenadores Municipais e Regionais da Saúde e da Educação para avaliação do Programa SABER SAÚDE nas escolas.	SESA e Regionais de Saúde e Educação.	SESA, Regionais de Saúde e Educação e Secretarias Municipais de Saúde e Educação.
14. Encontro de escolas do PROGRAMA SABER SAÚDE	Regionais Educação e SEMEC	Regionais de Saúde e Educação e Secretarias Municipais de Saúde e Educação. E escolas com o programa implantado.

Objetivo 32. Reduzir mortalidade por intoxicação exógena		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantar o programa de toxicovigilância no Estado 2. Normatização, regulação e controle das ações ligadas as intoxicações exógena 3. Implantação do Projeto de descentalização das ações de Prevenção das Intoxicações Exógenas e da Assistência as vítimas destes Agravos 4. Coordenação do suprimento de soros antipeçonhentos e antídotos específicos a todas as unidades hospitalares públicas do Estado 5. Desenvolvimento de Programas Intersetoriais de Toxicovigilância 6. Estruturação do laboratório de referência para a rede pública de saúde 7. Implementação das ações do centro de controle de intoxicações-TOXEN/ES 	Vig Sanitária	

Objetivo 33 – Reduzir a Incidência da Hepatite Viral A		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolvimento de ações integradas entre a Vigilância Sanitária e Ambiental, Vigilância Epidemiológica e LACEN nas ações de prevenção e controle 2. Capacitação dos profissionais de saúde em investigação de surtos 3. Acompanhamento e avaliação do monitoramento ambiental e das doenças diarréicas agudas 4. Garantia de insumos (hipoclorito de sódio a 2%) em municípios que não dispõem de água tratada 5. Monitoramento da qualidade da água para o consumo humano 	Programa de hepatites	

Objetivo 34. Reduzir a taxa de prevalência da hepatite B		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação das ações de testagem e aconselhamento nas Microrregiões 2. Implementação da assistência às pessoas com Hepatite B nas Microrregiões 3. Realização de intervenções educativas em populações de risco acrescido 4. Monitoramento e avaliação dos projetos de Municípios e ONGs/Hepatites 5. Implementação do diagnóstico laboratorial para a Hepatite B 	Programa de hepatites	

Objetivo 35. Reduzir a taxa de prevalência da hepatite C		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação das ações de testagem e aconselhamento nas Microrregiões 2. Implementação da assistência às pessoas com Hepatite C nas Microrregiões 3. Realização de intervenções educativas em populações de risco acrescido 4. Monitoramento e avaliação dos projetos de Municípios e ONGs/Hepatites 5. Implementação do diagnóstico laboratorial para a Hepatite C 	Programa de hepatites	

Objetivo 36. Reduzir morbi-mortalidade por Leishmaniose Tegumentar Americana		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar monitoramento e avaliação dos indicadores de morbi-mortalidade nos municípios endêmicos 2. Garantir os insumos específicos para diagnóstico e tratamento pactuados na PPI/ECD 3. Capacitar os profissionais de saúde na área de diagnóstico e tratamento e na área de prevenção e controle 4. Implementar a vigilância entomológica em área de risco 	Vig Ambiental	

Objetivo 37. Redução da letalidade por Febre Maculosa Brasileira		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Monitorar as notificações de Febre Maculosa Brasileira.	SESA/SEMUS	REGIONAIS
2. Garantir o diagnóstico laboratorial no LACEN.	SESA	Central Geral de Laboratórios (CEGELAB)
3. Garantir a assistência hospitalar dos casos graves.	SESA/SEMUS	Min. da Saúde
4. Capacitar os profissionais de saúde.	SESA	Min. da Saúde
5. Realizar inquéritos soro-epidemiológicos e acarológicos	MS/SESA/REGIONAIS/SEMUS	CEGELAB

Objetivo 38. Reduzir morbi-mortalidade por leptospirose		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
6. Monitorar as notificações de leptospirose.	Vig Ambiental	
7. Garantir o diagnóstico laboratorial no LACEN.		
8. Garantir a assistência hospitalar dos casos graves.		
9. Capacitar os profissionais de saúde.		

Objetivo 39. Reduzir o número de acidentes e de óbitos provocados animais peçonhentos		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Monitorar e avaliar o indicador de letalidade dos acidentes por animais peçonhentos	SESA	REGIONAIS/SEMUS/ MS
2. Gerenciar o suprimento de soros antipeçonhentos específicos a todas as unidades hospitalares públicas do Estado, garantindo a sua distribuição.	SESA	REGIONAIS/ SEMUS/HOSPITAIS DE REFERÊNCIA/ MS
3. Realizar capacitação das equipes de saúde quanto abordagem nos casos de acidentes	SESA/ TOXEN	REGIONAIS/SEMUS

Objetivo 40. Reduzir os agravos à saúde bucal		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Melhorar o acesso aos serviços clínicos odontológicos; 2. Estimular o tratamento completado; 3. Implementar a interdisciplinaridade com áreas afins (Programa Materno-Infantil, Câncer Bucal, Idoso, etc.) 4. Capacitar professores e Agentes Comunitários de Saúde- ACS para atuarem como multiplicadores de educação em saúde bucal; 5. Reorganizar os serviços odontológicos de média e alta complexidade, referência e contra-referência; 6. Ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal na Saúde da família; 7. Implantar o hetero-controle dos teores de flúor nas águas de abastecimento público 8. Capacitar Cirurgião Dentista para o atendimento à pacientes Portadores de Necessidades Especiais; 9. Ampliar capacitação para Cirurgião Dentista em Técnica de Restauração Atraumática – ART 10. Intermediar as ações para a implantação dos Centros de Especialização Odontológica do Ministério da Saúde nos municípios 11. Concluir o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal com base nos pressupostos do SB 2000 do Ministério da Saúde. 12. Estimular a criação de coordenação odontológica nos municípios; 13. Realizar capacitações para coordenadores municipais de saúde bucal; 14. Assessorar as coordenações de saúde bucal em suas atividades; 15. Implantar Curso de Formação de THD (Técnico de Higiene Dental) e ACD (Auxiliar de Consultório Dentário 16. Ampliar o número de procedimentos de saúde bucal coletiva; 17. Supervisão e acompanhamento das ações de vigilância sanitária de fiscalização de dentistas práticos 	<p style="text-align: center;">Programa de Saúde Bucal</p>	

Objetivo 41. Reduzir desassistência (assistência inadequada) ao idoso

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none">1. Realização de concurso público para especialistas no atendimento a idosos2. Capacitação par tenção básica em geriatria e gerontologia3. Incentivo à atividade física para idosos4. Realização de campanhas de combate ao fumo e ao álcool5. Incentivo a dieta saudável6. Controle das doenças crônicas: DM, DA, DLP7. Prevenção e tratamento da osteoporose para evitar fraturas8. Realização de fórum de dispensação de medicamentos com os municípios e SESA9. Capacitação de cuidadores de idosos no domicílio e em instituições de longa permanência10. Capacitação de líderes de grupo de idosos11. Realização de oficina de conscientização do atendimento e cuidados do idoso em ILP12. Criação de normas e leis para atendimento prioritário ao idoso13. Incentivo à criação de Centro de Referência no Atendimento ao Idoso nas macrorregiões de saúde	Programa do Idoso	

Objetivo 42. Reduzir tempo de espera por transplante de órgãos e tecidos		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento do número de leitos nos CTI e PS visando garantir que mais pacientes potencial doador em morte encefálica estejam em condições de tornar-se doadores efetivos; 2. Melhoria da notificação de morte encefálica bem como de morte para TX de córnea, pelos hospitais; 3. Melhoria dos cuidados com o potencial doador visando diminuir as contra-indicações médicas; 4. Realização de campanhas de estímulo à doação de órgãos, visando reduzir a recusa familiar à doação e 5. Melhoria do aparelhamento e aumento do quadro de pessoal para atender à demanda crescente do número de transplantes 	Central de Transplantes	

Objetivo 43. Iniciar os transplantes de fígado, pâncreas e coração		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estruturar o serviço de transplante de fígado, pâncreas e coração 	Central de Transplantes	

Objetivo 44. Reduzir desassistência nas práticas naturais

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação de serviços de práticas naturais nas regionais do Estado do Espírito Santo. 2. Promoção de concurso público e/ ou contratação de profissionais qualificados para assistir a população usuária. 3. Estruturação do Centro de Referência em Homeopatia e demais serviços da SESA para atendimento qualificado à homeopatia. 4. Ampliação do Centro de Referência em Homeopatia, estendendo sua assistência à acupuntura. 5. Designação do Centro de Referência em Homeopatia como responsável pela política estadual das práticas não convencionais da SESA; 6. Fornecimento de medicamento homeopático gratuitamente (Implantar farmácia homeopática no SUS com capacidade de produção e dispensação dos medicamentos do SUS; Contratação de equipe técnica qualificada como técnicos e farmacêuticos homeopatas) 7. Redução da desinformação da população quanto as práticas naturais e temas de saúde (Promover palestras e seminários para população usuária; Promover atendimentos em grupos de educação em saúde; Confeccionar material informativo para distribuição junto aos usuários) 8. Implementação de projeto da pesquisa na área de práticas não convencionais (Definir estratégia para elaboração de pesquisas em saúde; Criar projeto de pesquisa piloto – para avaliação do impacto do tratamento homeopático na qualidade de vida dos usuários do SUS; Projeto de avaliação da homeopatia na Hiperatividade, HAS e IVAS) 9. Promoção de capacitação continuada da equipe do CRH (Desenvolver atividades educativas como cursos e seminários) 	<p>CRH</p>	

Objetivo 45. Reduzir a desassistência dos portadores de hemopatias (doenças do sangue)

AÇÕES

ÓRGÃO RESPONSÁVEL

ÓRGÃOS ENVOLVIDOS

1. Ampliação do quadro de pessoal especializado
2. Capacitação de pessoal
3. Aquisição de equipamentos
4. Ampliação do hemocentro de Vitória
5. Construção do hemocentro regional de Cachoeiro de Itapemirim

HEMOES

EIXO DE INTERVENÇÃO III: REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL, AMPLIANDO O ACESSO E A QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Objetivo 1 – Implementar a assistência à saúde no sistema penitenciário

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantação do atendimento básico com equipe multidisciplinar em unidades de saúde prisionais 2. Estabelecimento da referência em atendimento especializado de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar para a rede de unidades básicas de saúde prisionais. 	SESA/IESP	

Objetivo 2. Ampliar a Rede de Atenção à Saúde Mental

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantação de Centros de Atenção Psicossocial –CAPS i, ad, CAPS I, II,e III 2. Aumento do número de Serviços Residenciais Terapêuticos 3. Redução do número de leitos em Hospitais e Clínicas Psiquiátricas 4. Aumento do número de leitos em Hospital Geral 5. Redução o número de Internações em Hospitais e Clínicas Psiquiátricas 6. Manutenção da Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral 	SCPEI/Coord Saúde Mental	SESA/IESP e Municipios

Objetivo 3 – Implementar a hemorrede garantindo o acesso a assistência hematológica e hemoterápica de qualidade

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantação e Implementação de Unidades de Hemoterapia, em todo o Estado, de acordo com o PDR 2. Controle e fiscalização sanitária dos bancos de sangue 3. Implementação da assistência hematológica e hemoterápica no Estado 4. Promover estratégias com o objetivo de ampliar a captação dos doadores de sangue 5. Implementar o sistema gerencial de Banco de Sangue, garantido a integração de informação, desde a captação até a coleta e processamento, exames laboratoriais e a transfusão de sangue do paciente 6. Obter a certificação do hemocentro coordenador qualificar os hemocentros regionais para garantia de qualidades dos serviços de acordo com a ISO 9001/ 2000. 	<p>HEMOES</p>	

Objetivo 4 – implementar a rede de gestação de alto risco

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação do Sistema de Referência para atendimento a gestação de alto risco no Estado em consonância com o PDR 2. Promover capacitação de profissionais da rede que atuam na gestação de alto risco. 	<p>SESA/IESP</p>	

Objetivo 5 – implementar a rede de urgência e emergência		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantação e implementação dos serviços de Pronto Atendimento junto aos Municípios 2. Implementação da rede de hospitais e de apoio diagnóstico de referência em urgência e emergência 3. Ampliação do nº de leitos de UTI no Estado 4. Implantação Central de Regulação de Urgências com SAMU nas 04 (quatro) regionais assegurando o transporte adequado ao paciente no deslocamento inter – hospitalar 5. Capacitar os profissionais de saúde que atuam na área de urgência e emergência. 	SESA/IESP	

OBJETIVO 6. Suprir a demanda de assistência farmacêutica básica		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
a. Realização de ações que visem o uso racional de medicamentos (inclusive o ciclo logístico)	SESA/SMS/NAF	CRF, SINFES, CRM, SIMES, AMES
b. Constituição de um sistema de cooperação e acompanhamento com as Prefeituras Municipais para aquisição de medicamentos	SESA/NAF	
c. Assessoramento técnico e financeiro dos municípios no processo de descentralização das ações da Assistência Farmacêutica	SESA/NAF	
d. Reorientação do Programa Estadual de Medicamentos Essenciais na área de Saúde Mental	SESA/NAF Coord Saúde Mental	
e. Implantação e implementação do Sistema de acompanhamento e avaliação da Assistência Farmacêutica	SESA/NAF/NCA	

Objetivo 7. Suprir a demanda de medicamentos excepcionais		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Realização de ações que visem o uso racional de medicamentos (inclusive o ciclo logístico)	SESA/NAF	CRF, SINFES, CRM, SIMES, AMES
2. Implantar sistema de informações on-line	SESA/NAF	Coord de Informática
3. Acompanhamento da dispensação de medicamentos realizada nos serviços	SESA/NAF	
4. Assessoria técnica do Centro de Informação sobre Medicamentos (CEIMES) havendo retorno do mesmo para o NAF	SESA/CEIMES	
5. Assegurar agilidade na tramitação dos processos de compra	SESA/CAF	

EIXO DE INTERVENÇÃO IV – MELHORIA DA CAPACIDADE DE GESTÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Família

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ORGÃOS ENVOLVIDOS
<p>1 – Estabelecer portaria que cria incentivo estadual</p> <p>2 – Estabelecer e implementar políticas de Educação Permanente</p> <p>3 – Estabelecer sistemática de avaliação qualitativa das equipes de Saúde da Família</p> <p>4 – Estabelecer e monitorar indicadores de gestão do PSF</p> <p>5 – Realizar seminários de sensibilização para os novos gestores municipais</p> <p>6 – Melhorar a estrutura das coordenações Estadual e Regional</p>	<p>1 – Governo do Estado</p> <p>2 – SESA</p> <p>3 - SESA</p> <p>4 – SESA</p> <p>5- SESA</p> <p>6 - SESA</p>	<p>1- SESA/SEFA</p> <p>2 – SESA (SPEI,SRH e Regionais de Saúde), MS, CES, Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de ensino público e privado, Conselhos de classe</p> <p>3 – SESA (Atenção Primária e PSF) Secretarias Municipais de Saúde</p> <p>4 – SESA (Atenção Primária e PSF)</p> <p>5 – SESA, COSEMS,MS</p> <p>6 – SESA (SPEI, SRH), e Superintendências Regionais</p>

Objetivo 2: implantar o plano diretor de regionalização do estado		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Atualização do PDR/PPI de média e alta complexidade 2. Implantação dos Sistemas Microrregionais de Saúde no Estado 3. Operacionalização do Plano Diretor de Investimento – PDI do Estado	SESA/IESP	

OBJETIVO 3: IMPLEMENTAR O PROCESSO DE CONTROLE , REGULUÇÃO E AVALIAÇÃO DO SUS		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Reestruturação administrativa das áreas de Controle, Avaliação e Regulação. 2. Desenvolvimento de ações para a atualização sistemática do cadastro dos estabelecimentos de saúde 3. Reorientação do processo de credenciamento dos serviços de saúde de acordo com a PPI 4. Implantação do Sistema Cartão Nacional de Saúde – SCNS 5. Implementação da Central Estadual de Regulação 6. Implantação das Centrais Microrregionais de Controle/Regulação 7. Desenvolvimento de um sistema de monitoramento e avaliação de serviços de saúde	SESA/IESP	

OBJETIVO 4: IMPLEMENTAR O COMPONENTE ESTADUAL DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Reestruturação do Componente Estadual do SNA. 2. Implantação de Auditoria nas Microrregiões 3. Cooperação para a implementação do Componente Municipal do SNA 4. Implementação das auditorias de Gestão nos Municípios 5. Implementação da auditoria de Gestão Estadual	SESA/IESP	

OBJETIVO 5: IMPLEMENTAR AÇÕES INTEGRADAS E DESCENTRALIZADAS DE VIGILÂNCIA Á SAÚDE

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
2- Implantação do Sistema Estadual de Laboratórios 3- Estruturação/Implementação das ações de Vigilância Epidemiológica nas microrregiões 4- Implantação de Centros de Referencias em Saúde do Trabalhador no Estado 5- Estruturar as Regionais de Saúde para execução de Ações de Vigilância Sanitária	SESA/IESP	

OBJETIVO 6 : IMPLEMENTAR NOVOS MODELOS DE GESTÃO		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<p>1- Revisão da Legislação Atual (Organização Social) Visando Maior Autonomia Gerencial da Rede Hospitalar Própria</p> <p>2-Adequação do contrato de Gestão das Unidades hospitalares visando resultados pactuados de acordo com o PDR / PPI</p> <p>3- Implantação / Implementação de Modelos de Gestão para Rede Hospitalar Própria, Visando Melhor Desempenho da Assistência Hospitalar.</p> <p>4- Estruturação da SESAB/SURAPS para Acompanhar e Avaliar as Unidades de Gestão Descentralizada.</p>	SESA/IESP	

Objetivo 7. implementar o sistema estadual de informação de saúde		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<p>1- Implantação, ampliação e implementação de ações, visando a melhoria da cobertura, da qualidade e da utilização oportuna dos dados gerados pelos Sistemas Informações de Saúde - SIM, SINAN, SINASC, SIAB e, outros que, futuramente, poderão ser gerenciados pela Coordenadoria de Informações da Secretaria de Estado da Saúde.</p>	SESA/IESP	

Objetivo 8 – Estruturar sistema de informações de cânceres		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1 - Reestruturação Registro de Câncer de Base Populacional da Grande Vitória – RCBP-GV	PAV-ES/SESA	SESA
2 - Coleta de dados do câncer dos anos 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 e 2003	RCBP-GV/SESA	RCBP/SESA
3 - Consolidação dos dados coletados	RCBP-GV/SESA	RCBP/SESA/INCA
4 - Elaborar e publicar Boletim Informativo Anual, com dados epidemiológicos de Câncer no Estado.	RCBP/SESA	INCA/SESA/RCBP
5 - Assessorar a implantação dos Registros Hospitalares de Câncer nos CACON no ES.	SESA/CACON	INCA/SESA/CACON

Objetivo 9. Modernizar administrativa e gerencialmente a Secretaria de Estado da Saúde		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1- Implantação, ampliação e implementação de ações da Coordenadoria de Informações, visando a integração dos vários Sistemas de Informações de Saúde existentes, com o objetivo de analisar a Situação de Saúde em todos os níveis de Gestão do Estado, a fim de proporcionar a divulgação e a disseminação das informações de Saúde.	SESA/IESP	

EIXO DE INTERVENÇÃO V – DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS E APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS DO SETOR SAÚDE

OBJETIVO 1. Capacitar trabalhadores de saúde em áreas estratégicas do sus em consonância com o pólo de educação permanente em saúde

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar as necessidades de capacitação 2. Implantação núcleo descentralizados de educação permanente em saúde nas microrregiões do estado. 3. Fortalecimento dos programas de residências, incluindo novas áreas de especialização integradas 4. Investimento na reestruturação interna para desenvolver o novo modelo gerencial e organizacional. 5. Fortalecimento da equipe técnica-administrativa 6. Investimento na infra-estrutura física e tecnológica 7. Capacitar profissionais da saúde para implementação do humanizadas no es 8. Criação de grupos de trabalho nas macrorregiões 9. Criação do grupos de trabalho em todos os hospitais da rede sesa/iesp 	<p>SCRH</p>	

OBJETIVO 2. Profissionalizar os trabalhadores que atuam sem qualificação no SUS		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento de projetos de educação profissional em unidades de produção de serviços de saúde 2. Implementação da oferta de cursos de qualificação e habilitação profissional 3. atualização do diagnóstico da necessidade de formação de nível técnico 	SCRH	

OBJETIVO 3. Desenvolver instrumentos para a gestão e regulação do trabalho na SESA		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantação da mesa estadual de negociação do sus 2. Implantação de um sistema de informação de rh 3. Implementar o pccs 	SCRH	

Objetivo 4-Aprimorar o processo de gestão de pessoas na SESA e no IESP		
AÇÕES	ORGÃO RESPONSÁVEL	ORGÃO ENVOLVIDOS
1. Implantação de um sistema informatizado de RH em rede com todas as unidades/IESP;	SEPLOG	CAP/SCRH
2. Implantação do Sistema Previdenciário/SIPREV;	IPAJM	DDVCB
3. Desenvolvimento de fluxo das rotinas de trabalho;	SCRH	CAP
4. Padronização dos documentos utilizados no SCRH/CAP.	SCRH	CAP
5. Reestruturação física da SRH/CAP.	SCRH/NEA/COORD. DE	SCRH/CAP
6. Aquisição de Equipamento de Informática e móveis adequados.	INFORMÁTICA	SCRH/SCFP
7. Recuperação das informações das fichas financeiras dos servidores celetistas e lançamento no sistema de RH	Empresa contratada	
8. Criação de uma equipe para suporte/atualização das normas/legislação e procedimentos da CAP;	SCRH/CAP	SCRH/CAP
9. Capacitação da equipe constituída	SCRH/SCAF	SESA/CAP/SCA

Objetivo 5. Reduzir o índice de acidentes de trabalho nos estabelecimentos de saúde da SESA/IESP		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Realizar inspeções de segurança nos estabelecimentos de saúde.	SCRH	
2. Realizar treinamento específico na área de segurança e saúde do trabalho.		
3. Fiscalizar e orientar quanto ao uso correto dos equipamentos de proteção individual e coletivo.		

Objetivo 6. Reduzir o índice de doenças relacionadas ao trabalho dos servidores da SESA/IESP

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar exames periódicos dos servidores da saúde. 2. Avaliar e monitorar o absenteísmo junto às unidades de saúde da SESA/IESP. 3. Criar bancos de dados sobre doenças pré-existentes e relacionadas ao trabalho. 	SCRH	

Objetivo 7. Recuperar e reabilitar a capacidade laborativa e saúde dos trabalhadores da SESA/IESP expostos aos riscos e agravos do ambiente de trabalho

AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhar o servidor em seus problemas psicossociais provenientes ou não das condições de trabalho. 2. Propor e monitorar a organização do processo de trabalho com melhoria no ambiente . 3. Criar mecanismo para reduzir a exposição ocupacional aos agentes insalubres nos ambientes de trabalho. 	SCRH	

EIXO DE INTERVENÇÃO VI – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL		
Objetivo 1 – Implementar ações para o fortalecimento do controle social do SUS		
AÇÕES	ÓRGÃO RESPONSÁVEL	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS
1. Promoção de Curso de Capacitação dos(as) conselheiros(as) de saúde	Conselho Estadual de Saúde - CES	Conselhos Municipais de Saúde - CMS
2. Promoção de Curso de Capacitação dos Conselheiros Indígenas de Saúde	CES	CMS
3. Implementação do monitoramento dos Conselhos de Saúde	CES	CMS
4. Criação de canais de comunicação da SESA com as instâncias de Controle Social do SUS	CES	CMS
5. Realização das Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde	CES	CMS
6. Realização das Etapas Estaduais das Conferências Nacionais de Saúde e realização das Conferências Estaduais de Saúde	CES	CMS
7. Realização do Encontro Estadual de Secretarias Executivas de Conselhos de Saúde	CES	CMS
8. Realização do Encontro Estadual de Conselhos Gestores das Unidades de Saúde	CES	Hospitais da Rede Estadual de Saúde
9. Estabelecimento de nova legislação do Conselho Estadual de Saúde	ALES	CES
10. Incentivo a implantação e implementação dos Conselhos de Saúde a partir da rede própria SESA/IESP	CES	SESA