

**Saúde
mais perto
de você.**

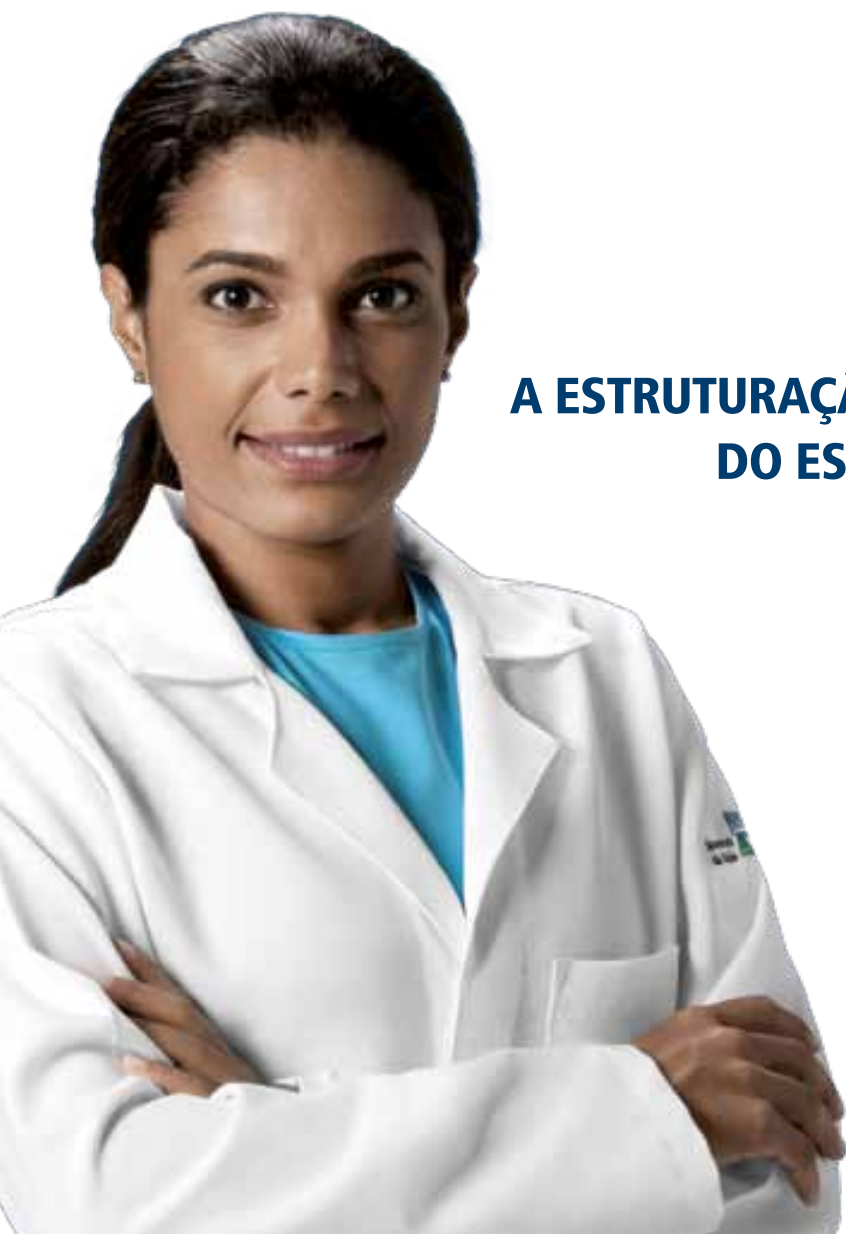


A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

2003-2010



**Saúde
mais perto
de você**



**A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

2003-2010

ORGANIZADORES

Silvio César Machado dos Santos
Jucilene Borges
Francisco José Dias da Silva
Anselmo Dantas
Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga



ELABORAÇÃO

Aequus Consultoria S/S Ltda

REVISÃO

Tríade Comunicação

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Link Editoração

FOTOGRAFIA

Jussara Martins / Sesa

IMPRESSÃO

GSA Gráfica e Editora

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Paulo Cesar Hartung Gomes
Governador do Estado do Espírito Santo

Ricardo de Rezende Ferraço
Vice-Governador do Estado do Espírito Santo

Anselmo Tozi
Secretário de Estado da Saúde

José Tadeu Marino e João Felício Scárdua
Ex-Secretários de 2003 a 2004

SUBSECRETÁRIOS DO ESTADO DA SAÚDE

Anselmo Dantas
Assuntos de Gestão Hospitalar

Francisco José Dias da Silva
Assuntos de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde

Maria de Lourdes Soares
Assuntos de Administração e Financiamento da Atenção à Saúde

Sílvio César Machado dos Santos
Assuntos de Gerenciamento de Projetos

SUPERINTENDENTES REGIONAIS DE SAÚDE

Cybeli Pandini Giurizatto Almeida
Superintendente Regional de Saúde de Colatina

Jathir Gomes Moreira
Superintendente Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim

Luciléia Rosa Eller
Superintendente Regional de Saúde de Vitória

Wesllem Reis da Silva
Superintendente Regional de Saúde de São Mateus

GERENTES

Engre Beilke
Regulação do Acesso às Urgências e Emergências

Everson Teixeira Moreira
Tecnologia da Informação

Geruza Rios Pessanha Tavares
Assistência Farmacêutica

Jaqueline Moffati Ozorio de Oliveira
Controle, Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde

Joubert de Barros
Serviços de Diagnóstico por Imagem e Laboratorial

Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga
Planejamento e Desenvolvimento Institucional

Marli Breda Bazilio de Souza
Recursos Humanos

Maria de Lourdes Soares
Fundo Estadual de Saúde

Maria Gorette Casagrande dos Santos
Regulação Assistencial

Pedro Benevenuto Júnior
Vigilância em Saúde

Sebastião Piumbini
Técnico-Administrativo

Solange Maria Damm de Assis
Auditoria em Saúde

DIRETORES GERAIS DOS HOSPITAIS ESTADUAIS

Antônio César Ferreira
Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides Alexandre Campos

Antonio Dalto
Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro

Cristina Abreu de Araújo
Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

Edemir Beltrami
Hospital Central

Elaine Cristina Campo Dall Orto
Hospital São Lucas

Eumann Mattos Rebouças
Hospital Dr. Dório Silva

Fábio Bastianelle da Silva
Hospital Dr. João dos Santos Neves

Fabiano Marily
Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras

Gisele Aparecida de Lima Oliveira e Oliveira
Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

José Tadeu Marino
Hospital Maternidade Sílvio Avidos

José Pimenta da Costa
Hospital Dr^a Rita de Cássia

Nelio Almeida dos Santos
Hospital Dr. Pedro Fontes

Patrícia Silva Chalhoub Peluzio
Centro de Hematoterapia e Hematologia

Renato Carlos Vieira
Hospital Estadual de Atenção Clínica

Rosani de Moraes Caiado
Hospital Antônio Bezerra de Faria

Rozangela Pereira Marins
Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo

Vanda Márcia Ferri Lemos
Hospital São José do Calçado

DIRETORES DOS CENTROS REGIONAIS DE ESPECIALIDADES

Elisabete Maria Zanotti Saraiva
Colatina

Fabiola Ribeiro Rios
Metropolitano

Uiara Teixeira Rios
Vila Velha

Vera Lucia Silva Maia
Cachoeiro de Itapemirim

Wesllem Reis da Silva
São Mateus

SUMÁRIO

Apresentação 08

Saúde Mais Perto das Pessoas 10

A Estruturação do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo: 2003-2010 12

Eixo 1 Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde 26

Eixo 2 Ampliação e Modernização da Assistência Hospitalar 36

Eixo 3 Regulação 50

Eixo 4 Descentralização de Serviços 54

Eixo 5 Organização da Assistência Farmacêutica 60

APRESENTAÇÃO

O desgoverno que tomou conta do Estado do Espírito Santo nos últimos anos do século passado e no início dos anos 2000 trouxe imensos prejuízos aos capixabas. Os mais necessitados foram especialmente atingidos, justamente aqueles que contam com a ação pública para atenção em áreas prioritárias do seu cotidiano. O quadro que se formou na saúde pública foi nefasto.

Some-se a isso o fato de que a atenção à saúde pública é um grande desafio em todo o planeta, envolvendo questões como complexidade de tratamentos, surgimento e mutações de doenças, e financiamento dos serviços, principalmente aos mais empobrecidos, entre outros fatores.

Nesse quadro geral, a agenda imposta pelo desgoverno de anos atrás marcou o trabalho realizado a partir de 2003 e, por sua gravidade e dimensão, ainda continuará gerando demandas por um bom período. Mas é de se registrar que, nesses últimos anos, o Espírito Santo começou a escrever uma nova história, enfrentando as demandas do passado e

as questões do presente, mas, fundamentalmente, trabalhando com os olhos voltados à constituição de uma nova realidade para os capixabas.

Na área de saúde, são vários os exemplos de ação estruturante de uma nova realidade. O objetivo desta publicação, que temos a satisfação de apresentar a todos os capixabas, é prestar contas do trabalho desenvolvido na área da Saúde. Como se verá detalhadamente adiante, constituímos novos fundamentos institucionais para a saúde pública capixaba.

Entregamos o Hospital Estadual Central, em Vitória. Estamos construindo o Novo Dório Silva, na Serra, e duplicando o Hospital São Lucas, em Vitória. Além disso, toda a rede hospitalar recebeu melhorias, em todo o Estado. Ampliamos a atenção à população com o fortalecimento e o repasse de recursos aos filantrópicos. Em 2003, o custeio desses hospitais foi de R\$ 43 milhões. Em 2009, superou a marca de R\$ 300 milhões, incluindo programas específicos e complementação da tabela SUS. Dez hospitais

filantrópicos foram contemplados com R\$ 36 milhões para modernização de gestão e aporte de tecnologia da informação, a exemplo do Hospital Evangélico, em Vila Velha. O que não pudemos oferecer na rede própria e filantrópica, compramos da rede privada.

Diversos hospitais sob gestão municipal também receberam recursos estaduais para fortalecer as redes assistenciais em implantação (urgência e emergência, mulher e criança). Também em parceria com os municípios, a atenção primária passou a ser prioridade, em todo o Estado, com construção de unidades de saúde, prontos-atendimentos, centros de tratamento de toxicômanos, fornecimento de equipamentos para as unidades já implantadas e suporte ao Programa Saúde da Família (PSF), que recebeu kits de trabalho com 85 itens. Entre 2007 e 2010, 76 dos 78 municípios capixabas foram beneficiados com o recebimento de 544 kits, em apoio à rotina das atividades de atenção primária à saúde.

Fornecimento regular e eficaz de

remédios de alto custo, por meio da inovadora Farmácia Cidadã, o atendimento de emergência (Samu 192), qualificação de atendimento, entre muitas outras atividades, também ajudaram a mudar a realidade da saúde pública capixaba.

Desafios existem e sempre existirão, seja aqueles herdados do desgoverno, seja aqueles que surgem intermitentemente com a dinâmica da própria existência, aqui e no mundo inteiro. Mas o que se deve registrar é que, a partir de 2003, avançamos na resolução dos problemas oriundos da falta de compromisso com os capixabas, enfrentamos as questões do dia a dia e ainda definimos um novo modelo de atenção à população.

Ou seja, na Saúde o Espírito Santo encontrou um rumo certo pelo qual seguir. Uma direção muito bem representada pelas políticas públicas inovadoras implementadas a partir de 2003, sustentando novos tempos para a saúde pública capixaba, no presente e no futuro.

Paulo Hartung

Governador do Estado do Espírito Santo

SAÚDE MAIS PERTO DAS PESSOAS

Mais de uma vez ouvimos palavras desanimadoras quanto ao futuro da saúde pública e, às vezes, parecia mesmo impossível que algo pudesse ser feito. Mas acreditamos que, com muito trabalho e mudança de cultura, podíamos organizar o sistema de saúde no Espírito Santo. Agora, é com orgulho que apresentamos o Balanço da Gestão 2003/2010 que, para além de ser uma forma de deixar registrado o caminho seguido, revela o sonho, o planejamento e as realizações nesse período. E, mais que tudo, a clareza de um caminho a ser continuado para avançar ainda mais na consolidação da saúde pública capixaba.

Todos sabem os descaminhos que o Espírito Santo passou e, quando assumimos a gestão, constatamos o tamanho do acúmulo de problemas, baixa capacidade de resposta e dos esforços que deveriam ser dedicados para que algum resultado fosse colhido.

A organização política, institucional e financeira feita pelo Governo possibilitou que fôssemos muito além. Fincamos as bases para que a Saúde se desenvolvesse, saindo da lógica da fragmentação para iniciar a integração dos níveis de

atenção. Como poderão ver, o conceito de Redes de Atenção é o que norteia todas as ações que se seguem. Esse modelo prevê intensa participação dos municípios, que cumprem um papel importante no Sistema.

Como eram muitos os desafios, planejamos fortemente e definimos eixos prioritários de estruturação: Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, Regionalização e Descentralização, Ampliação e Modernização da Atenção Hospitalar, Regulação, Fortalecimento dos Filantrópicos e Assistência Farmacêutica.

A melhoria da gestão também exigiu várias ações para gerar eficiência e qualidade no uso dos recursos. Foram implantados projetos saneadores como Saúde Digital, política de qualificação dos profissionais, busca de alternativas de gestão e a gestão intensiva por projetos. Na mesma direção, caminhamos para que os gastos da Sesa fossem racionalizados, utilizando os recursos com o respeito que ele requer por pertencer à sociedade. Para isso, centralizamos as compras, implantamos atas de registro de preços e o pregão eletrônico, o que levou a uma diminuição brutal do número de processos e custos, facilitando o gerenciamento

e a fiscalização. Só em medicamentos de alto custo, por exemplo, alcançamos uma economia de R\$ 23,5 milhões em 2010.

Assim, nasceram os projetos do Hospital Estadual Central, novo Dório Silva, da ampliação do São Lucas, das 66 Unidades Saúde da Família, 12 Centros de Tratamento aos Toxicômanos, as melhorias em todos os hospitais da Sesa, a inédita recuperação dos filantrópicos, entre tantos outros. Todos os hospitais foram perfilizados e estruturados como referência, cumprindo um papel dentro do sistema de saúde. Não foram simples melhorias na infraestrutura, cada projeto preenche um espaço e exerce uma função dentro da lógica das Redes de Atenção.

Todo conceito novo demanda capacitação para que os participantes do processo “façam a mesma língua” e conheçam sua importância dentro da Rede. Por isso, valorizamos a Atenção Primária à Saúde (APS), com financiamento e suporte técnico para a elaboração do Plano Diretor da Atenção Primária, processo que envolveu mais de seis mil profissionais de saúde dos 78 municípios. Além disso, garantimos especialização em APS para todos os profissionais com curso su-

perior das unidades de saúde dos municípios, chegando a 3.575 pós-graduados. A interiorização dos serviços foi outra marca da gestão, contribuindo para que cada vez menos pessoas se desloquem para a Grande Vitória.

Ousamos ainda iniciar a implantação da Rede de Urgência e Emergência na Região Metropolitana. Um desafio que vai desde a definição do perfil de cada hospital até a especificação de regras, os chamados protocolos, para a conduta, o manejo e o atendimento correto pelos profissionais dentro desses serviços.

Ainda temos muito para estruturar até atingir o sonho de uma Saúde digna para todos os capixabas. Mas temos certeza que avançamos muitos passos, ao olharmos o início há oito anos, quando mal conseguíamos entrever o caminho. Foram fundamentais o apoio do Governo, da sociedade, do Conselho Estadual de Saúde, e a parceria dos municípios. Com uma equipe coesa, confiança e muito trabalho, demos a partida para a saúde ficar cada vez mais perto das pessoas.

Anselmo Tozi

Secretário de Estado da Saúde

A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: 2003-2010

A

população do Espírito Santo vem passando por grandes transformações no período recente. O perfil demográfico do Estado se alterou nos últimos anos, seguindo a tendência observada no restante do Brasil de aumento da parcela de adultos e idosos no total da população.

O estilo de vida da sociedade também tem se modificado rapidamente, verificando-se um crescimento acentuado do consumo de álcool e drogas, especialmente entre os mais jovens, em simultâneo ao aumento do sedentarismo, do estresse e de hábitos alimentares ligados à obesidade. Também tem ocorrido uma elevação dos índices de violência doméstica e urbana, principalmente nas cidades mais populosas do Estado.

Por conta desses elementos, o Espírito Santo, a exemplo do que ocorre no resto do Brasil, vem experimentando a chamada transição epidemiológica, caracterizada pelo crescimento das doenças crônicas, mais frequentes em países desenvolvidos.

Aqui, entretanto, seguindo uma tendência típica de países em desenvolvimento, a transição epidemiológica se

apresenta incompleta, no sentido de que o aumento dos problemas crônicos não se dá em substituição às doenças infectocontagiosas, em geral derivadas de condições sanitárias e de nutrição inadequadas, mas aparece em meio à prevalência dessas últimas em graus ainda elevados.

Esse processo representa um enorme desafio para o sistema de saúde. Cabe a ele lidar diretamente com o aumento dos problemas crônicos típicos do envelhecimento, como as doenças do aparelho circulatório e suas manifestações agudas, o infarto e o derrame.

Cabe, igualmente, prover atenção ao grande contingente de pessoas em situação de sofrimento psíquico por dependência química, bem como procurar reduzir o número de mortes precoces por violência ou acidentes de trânsito.

Cabe, ainda, prevenir e tratar as doenças infectocontagiosas que continuam a acometer a população, assim como outros problemas associados à deficiência das condições sanitárias e de alimentação. Acrescente-se a isso, também, a responsabilidade pelas ações de educação em saúde, objetivando a preven-

ção de doenças e agravos, assim como a promoção da saúde.

Ao longo dos últimos anos, um conjunto de políticas vem sendo adotado pelo governo estadual, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e em estreita articulação com os municípios capixabas, com o objetivo de orientar o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Espírito Santo para o enfrentamento dessas questões.

Trata-se de um movimento ainda em curso, não apenas porque a complexidade envolvida na estruturação de qualquer sistema de saúde é enorme, ainda mais diante dos desafios colo-

cados pelo atual quadro epidemiológico, mas também porque o seu ponto de partida foi uma situação de forte deterioração da assistência à saúde no Estado, decorrente da desorganização financeira, política e administrativa que caracterizou o governo capixaba na década de 90.

De fato, várias questões ainda têm que ser enfrentadas para que a população capixaba seja atendida em todas as suas necessidades de saúde. Porém, frutos importantes já puderam ser colhidos ao longo do processo de reorganização do sistema de saúde do Estado promovido nos últimos anos.

O PONTO DE PARTIDA E A DEFINIÇÃO DOS EIXOS DE AÇÃO

Durante os anos 90 até o início da presente década, o Espírito Santo viveu uma situação de profundo desequilíbrio financeiro. A capacidade de geração de receitas do Estado era cronicamente insuficiente face às suas necessidades de gasto. Apenas a folha de pagamento dos funcionários consumia quase toda a ar-

recadação, sobrando pouquíssimos recursos para financiar as demais despesas de custeio da máquina administrativa e menos ainda para investir.

A contrapartida desse quadro foi uma deterioração mais ou menos generalizada das políticas públicas estaduais. A desorganização financeira e a desestrut-

turação da capacidade administrativa do governo comprometeram a qualidade dos serviços públicos, desgastando a imagem das instituições pertencentes ao Estado junto à população.

Essa situação somente começou a se modificar a partir de 2003. O governo cujo mandato teve início nesse ano empreendeu um processo de saneamento das finanças por meio da reestruturação da dívida do Estado e de ações voltadas à expansão da arrecadação e ao controle das despesas. As medidas de ajuste criaram espaço no orçamento para que o Espírito Santo voltasse a ter capacidade de realizar investimentos, especialmente de 2005 em diante, e pudesse promover a reorganização dos serviços públicos em diversos setores.

Na área da saúde, o longo período de desequilíbrio das finanças do Estado teve como reflexo o acúmulo de um enorme passivo. A ausência de investimentos resultou em um progressivo comprometimento da capacidade de atendimento do sistema estadual de saúde. A carência de insumos, materiais e equipamentos e a deterioração física das unidades se somaram à perda do poder de gestão da SESA, seja por deficiências de gerenciamento, seja pela dificuldade em consolidar na Secretaria uma capacidade de planejamento num cenário de grandes restrições financeiras, dívidas acumuladas junto a fornecedores e descontinuidade administrativa. Entre 1997 e 2002, por exemplo, o Espírito Santo teve, em média, um secretário de Estado da Saúde a cada oito meses.

A relação do governo estadual com os municípios, elemento chave para o funcionamento do sistema público de saúde no Brasil, também se fragilizou nesse período. As políticas de saúde encontravam-se sob frequente risco de interrupção pela alternância de comando na esfera estadual e pela instabilidade dos repasses de recursos do Estado que financiavam ações desenvolvidas pelas prefeis-



turas, criando um contexto que praticamente impediu o efetivo compartilhamento da gestão do SUS entre o governo estadual e os municípios.

Esse conjunto de eventos contribuiu para acentuar a fragmentação da rede assistencial em um conjunto de unidades de saúde prestadoras de serviços de forma desarticulada, sem capacidade concreta de lidar e, efetivamente, resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população na rede municipal de saúde.

Assim, mais do que recuperar a infraestrutura assistencial, o desafio da SESA nesses últimos anos



Palácio Anchieta

tem sido reverter a lógica fragmentada do sistema de saúde capixaba, reestruturando-o a partir do conceito de redes de atenção regionalizadas. Essa noção está associada à ideia de que as unidades de saúde devem ter funções específicas no sistema, ou seja, sua localização, o tipo de atenção à saúde que disponibilizam e sua capacidade de atendimento devem estar vinculadas a um plano global de funcionamento da rede, que tenha como premissa a utilização racional de recursos humanos, tecnológicos e financeiros.

Os cuidados primários, relacionados ao acompanhamento frequente da saúde das pes-

soas, devem ser capazes de solucionar até 85% dos seus problemas e estar disponíveis em lugares próximos aos seus locais de moradia, enquanto procedimentos voltados a questões de saúde menos corriqueiras, que em geral requerem mais tecnologia, insumos e equipamentos mais caros e profissionais especializados, devem ser disponibilizados em locais acessíveis que funcionem como polos regionais, atendendo usuários de diferentes localidades. No limite, procedimentos e serviços muito específicos, que demandam investimentos elevados e são relativamente pouco utilizados pela

população, devem ser disponibilizados em número bastante reduzido, atendendo demandas originadas em diversos municípios.

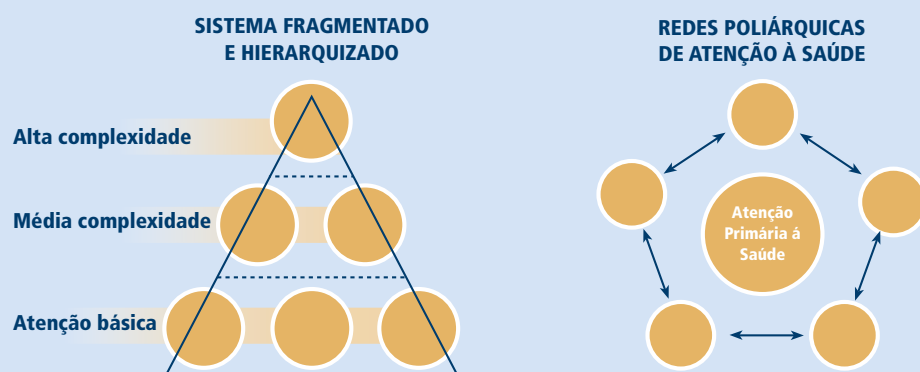
A condição inicial para a organização do sistema de saúde sobre essas bases é o reconhecimento do perfil epidemiológico da população, ou seja, suas condições de vida, suas causas de adoecimento e de ida aos hospitais e a outras unidades de saúde. Isso permite caracterizar as necessidades de atenção à saúde e orientar a disponibilização dos serviços assistenciais nos vários pontos da rede, obedecendo ao seu grau de complexidade tecnológica e seu custo. A rede de saúde passa a ser um conjunto integrado e articulado de serviços, distribuídos de forma regionalizada no Estado.

O ponto central do funcionamento da rede de saúde sob esse formato é a estruturação da Atenção Primária à Saúde como lugar de planejamento e elemento ordenador dos níveis secundário e terciário de atenção. A rede se estabelece como um sistema integrado, em que os fluxos de encaminhamento são constituídos a partir da Atenção Primária à Saúde, a qual figura como espaço privilegiado de regulação de todas as intervenções eletivas (ou seja, que podem ser agendadas por não serem de urgência).

Os níveis terciário e secundário de atenção à saúde se estruturam como parte integrante de “redes temáticas”, voltadas a grupos específicos – como rede de atenção à mulher e à criança, ou rede de atenção ao idoso –, ou voltadas a necessidades associadas a condições específicas de saúde – como rede de atenção às doenças cardiovasculares, rede de atenção às doenças oncológicas, rede de atenção às urgências e às emergências etc. (Mendes, 2010).

Essa configuração requer romper com o modo tradicional de organização dos sistemas de saúde, em que a Atenção Primária tende a ser reduzida a um conjunto de procedimentos mais simples situados na base de uma rede hierarquizada e fragmentada, cujo topo são os serviços de alta complexidade. Trata-se de uma construção que inverte a lógica do sistema de saúde estruturado a partir da oferta de serviços, uma vez que se faz sob a perspectiva da coordenação do cuidado às pessoas a partir das questões específicas de saúde que apresentam, funcionando por meio de uma estrutura poliárquica, em que todos os pontos de atenção têm importância porque desempenham papéis específicos e fundamentais para o funcionamento do conjunto do sistema.

DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Fonte: Mendes, 2010

Essa organização embute uma arquitetura complexa e de difícil implementação, seja pelas restrições de ordem financeira e pela capacidade de planejamento e articulação requerida, especialmente junto aos municípios, seja, ainda, pelo fato de que o seu desenho deve se dar a partir de um sistema já existente, o que significa redefinir o papel que unidades de saúde detentoras de uma história e uma cultura devem passar a ter na rede de serviços.

Adicionalmente, estratégias de reestruturação de sistemas de saúde necessariamente se deparam com um conjunto grande de demandas pré-existentes, em geral de difícil priorização. No caso do Espírito Santo, os “vazios assistenciais” herdados do longo período de desorganização da rede de saúde combinavam distorções regionais associadas à concentração, muitas vezes excessiva, de determinadas capacidades assistenciais nas grandes cidades com lacunas que perpassavam o sistema em todo o Estado.

O redesenho do sistema de saúde capixaba com base no conceito de redes de atenção regionalizadas parte das seguintes diretrizes básicas, contidas no Plano Estadual de Saúde: (1) a atenção primária deve estar presente em todos os 78 municípios capixabas de forma resolutiva, ou seja, com capacidade efetiva de disponibilização de cuidado ao maior número de problemas de saúde, além de ser o polo ordenador do sistema; (2) nas oito microrregiões do Estado, agregações de municípios conformando territórios com população de até 150 mil habitantes, devem ser oferecidos serviços de média complexidade em termos de tecnologia e demais recursos envolvidos, como consultas em geral e determinados exames, serviços ambulatoriais e hospitalares enquadrados nessa categoria; e (3) nas três macrorregiões, territórios com população acima de 500 mil habitantes, devem ser disponibilizados serviços de alta complexidade, como de urgência, exames especializados e cirurgias mais complexas, entre outros.

Exames especializados ofertados em todas as regiões do Estado



MACRO E MICRORREGIÕES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

MACRO NORTE

3 MICRORREGIÕES:

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

MACRO CENTRO

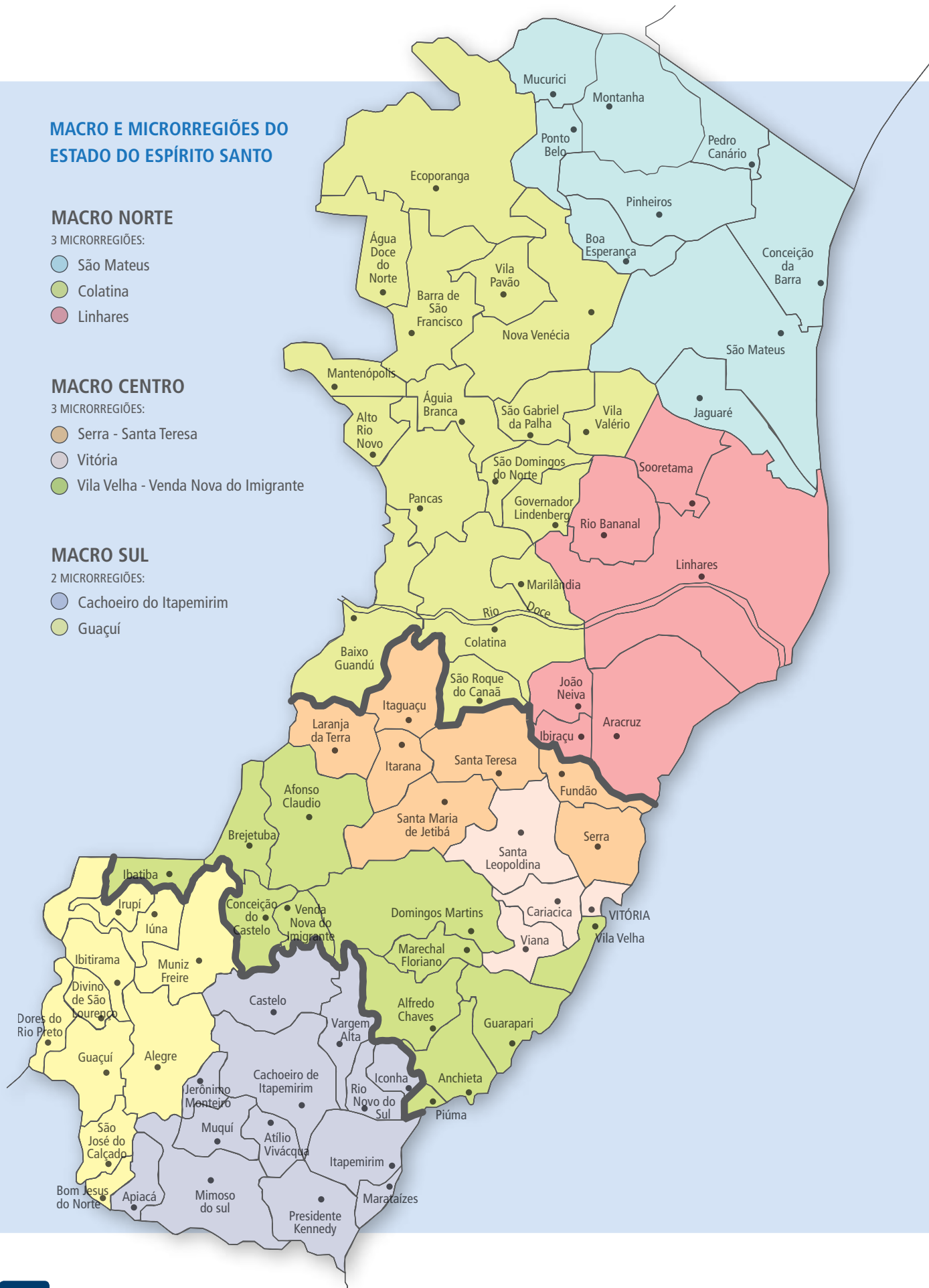
3 MICRORREGIÕES:

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

MACRO SUL

2 MICRORREGIÕES:

- Cachoeiro do Itapemirim
- Guaçuí



Essas diretrizes vêm orientando a reestruturação do modelo de saúde do Espírito Santo por meio de um processo organizado em torno de cinco eixos prioritários de ação:

EIXOS PRIORITÁRIOS DE AÇÃO

1. Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde	2. Ampliação e Modernização da Atenção Hospitalar	3. Regulação	4. Descentralização de Serviços	5. Assistência Farmacêutica
--	---	------------------------	---	---------------------------------------

A base desse processo é a organização de uma Atenção Primária à Saúde forte no Estado em simultâneo a uma série de outras intervenções que vão progressivamente conformando as redes nas várias regiões do Espírito Santo por meio da constituição de seus pontos de atenção.

Nesse sentido, o princípio de estruturação das redes regionalizadas orienta o conjunto de investimentos e ações, seja no âmbito do fortalecimento da assistência hospitalar, seja com relação à disponibilização de serviços específicos sob a diretriz da descentralização, seja, ainda, no que diz respeito à estruturação do sistema de urgência no Estado, um dos elementos centrais da regulação do acesso ao sistema de saúde. Adicionalmente, a organização da política de assistência farmacêutica, que constitui um subsistema de apoio transversal, estrutura uma dimensão fundamental do sistema de saúde para que as redes possam funcionar como tal, assegurando a continuidade e resolubilidade de procedimentos e tratamentos.

Esse processo, que, como já mencionado, se encontra em construção, tem sido possível a partir de alguns elementos importantes. O primeiro se refere à priorização da reestruturação da saúde dentro do programa de governo do Espírito Santo. De fato, todos os eixos de ação definidos pela SESA integram, em parte ou no todo, o conjunto de projetos estruturantes do Estado. Por isso são executados pela Secretaria e acompanhados no âmbito do governo estadual.

O segundo se refere à base de financiamento. Desde 2003 o governo estadual vem fazendo um significativo esforço de aumento das receitas, o que permitiu um crescimento expressivo do volume de recursos próprios destinados à saúde pelo Estado. Somente em 2003, o volume de receitas próprias destinadas à saúde cresceu 27% em rela-

AMPLIAÇÃO DOS RECURSOS PARA A SAÚDE

As ações de saúde pública no Brasil são financiadas com recursos do governo federal, dos estados e dos municípios. No caso dos estados, de acordo com o que diz a Constituição, 12% da receita de impostos devem ser destinados a essa área.

No Espírito Santo, o governo estadual vem sistematicamente cumprindo essa determinação. Os percentuais de aplicação na saúde vêm sendo inclusive superiores ao que estabelece a lei, especialmente em 2009, quando o governo destinou 14,2% dos impostos às ações da área.

Outro ponto que chama a atenção nesses últimos anos é que a arrecadação de impostos no Estado teve uma expansão bastante expressiva. Por conta disso, o valor dos recursos aplicados na saúde também registrou intenso aumento. De fato, em oito anos, tomando-se como base

GASTO EM SAÚDE COM RECURSOS PRÓPRIOS DO GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: PERCENTUAL DA RECEITA DE IMPOSTOS



o exercício de 2002, o governo estadual praticamente dobrou os recursos para a saúde, já descontado o efeito da inflação (foram R\$ 739 milhões com origem em recursos próprios do Estado em 2009, contra R\$ 370 milhões, em 2002).

Em termos per capita, a despesa por habitante do Espírito Santo em saúde com recursos próprios do Estado também cresceu de forma expressiva no período: 83,5%, já descontada a inflação.

ção a 2002, já descontado o efeito da inflação. A arrecadação veio mantendo um ritmo considerável de aumento desde então, o que tem se traduzido em um crescente aporte de recursos para a área da saúde, elemento fundamental para viabilizar o conjunto de investimentos necessários ao processo de reestruturação.

A decisão de tornar a saúde uma política prioritária foi fundamental para que o governo estadual começasse a atuar sobre os enormes gargalos existentes no sistema de saúde capixaba. Como o simples funcionamento das unidades de saúde já consome volume expressivo de recursos, em geral não sobra dinheiro para fazer investimentos, comprar novos equipamentos, reformar ou construir unidades de saúde.

Assim, o que o governo estadual fez foi abrir espaço dentro do orçamento para destinar volume significativo de recursos para os investimentos em saúde, que durante muitos anos haviam sido paralisados. De fato, enquanto em 2002 o investimento em saúde foi de apenas R\$ 2 milhões, em 2008 o Estado já investia R\$ 69 milhões, e em 2009 investiu R\$ 139 milhões. Descontando o efeito da inflação, o valor de 2009 foi cerca de 44 vezes maior que o registrado em 2002.

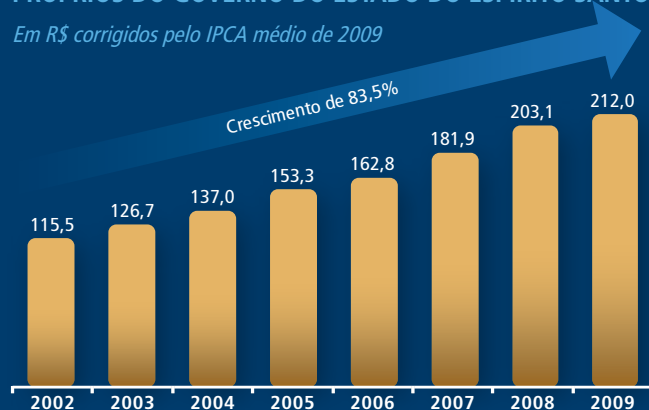
GASTO EM SAÚDE COM RECURSOS PRÓPRIOS DO GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

em R\$ milhões corrigidos pelo IPCA médio de 2009



GASTO EM SAÚDE POR HABITANTE COM RECURSOS PRÓPRIOS DO GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Em R\$ corrigidos pelo IPCA médio de 2009



O terceiro elemento se refere a ações implementadas pela Secretaria de Estado da Saúde no sentido de racionalizar os processos da área meio e reduzir gastos relativos, em especial no que se refere ao setor de compras. Anteriormente, as compras de medicamentos e de insumos hospitalares eram feitas separadamente por cada hospital, gerando grande dispersão de recursos e retrabalho. A Secretaria passou a realizar as compras de medicamentos de forma centralizada, o que permitiu considerá-

veis reduções de preços nas aquisições, dados os ganhos de escala decorrentes das compras em grandes volumes, além de redução do trabalho administrativo, devido à diminuição do número de contratos a serem gerenciados. Adicionalmente, as compras de insumos passaram a ser feitas por meio de pregão eletrônico, em um processo mais ágil, que resultou em grandes reduções nos preços, gerando uma importante economia de recursos para a implementação de outras ações por parte da SESA.



Sistema informatizado: integração dos serviços de saúde, melhorando a gestão e o atendimento à população

O quarto elemento se refere à diretiva de modernização e informatização de serviços, por meio do Projeto Saúde Digital, iniciativa que integra o Projeto Espírito Santo Digital, criado para dar maior agilidade aos serviços públicos com custos reduzidos e que tem desdobramentos em várias secretarias de Estado.

No âmbito da Saúde, esse projeto se materializou em ações de informatização de processos centrais para o funcionamento do sistema estadual, como a introdução de um sistema informatizado para gerenciamento hospitalar nas unidades próprias e filantrópicas conveniadas, a adoção de sistemas para regulação de internação e de consultas e exames especializados e a elaboração do prontuário eletrônico na Atenção Primária à Saúde. Vale destacar também a informatização dos processos relacionados com a Assistência Farmacêutica, tanto na estrutura de armazenamento como nas Farmácias Cidadãs, onde são disponibilizados medicamentos de alto custo com orientação farmacêutica.

O quinto elemento se refere à mudança nos processos internos de trabalho da SESA, iniciada com a publicação da lei nº 417, em 02/01/2005, que remodelou o organograma da Secretaria para o efetivo desempenho das funções de regulação e financiamento, com órgãos específicos para tal. Posteriormente, com a extinção do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), todas as funções de gestão se concentraram no nível central da SESA e nas regionais de saúde.

A partir de então, a Secretaria tem

feito um esforço importante no sentido de criar uma gestão orientada para resultados, ou seja, uma forma de gestão mais empreendedora, com foco nas entregas mais importantes para a sociedade e incorporando a implementação de métodos mais executivos de gerenciamento de projetos. Esse novo modelo de gestão está sendo implantado com o apoio de consultoria de gestão e treinamento em desenvolvimento gerencial, substituindo um modelo burocrático, que se organizava em função do cumprimento de ritos e regras, sem definição de responsabilidades claras e sem mecanismos de monitoramento intensivo. Com isso, a "organização Sesa" acabava por ser uma estrutura pouco ágil e com baixa capacidade de realização das entregas planejadas.

Essa estratégia se traduziu na criação da Subsecretaria de Gerenciamento de Projetos (SUBGEP), em agosto de 2009, e na definição da carteira de projetos prioritários estruturantes da SESA. Cada projeto tem um gerente responsável, metas específicas detalhadas a partir de um estudo prévio e da sua respectiva projetização, assim como mecanismo de monitoramento intensivo por meio do Escritório de Projetos. As metas são periodicamente monitoradas, sendo identificados obstáculos ou restrições existentes e mapeados caminhos necessários à solução de problemas. Nesse sentido, na SUBGEP também atuam outros colaboradores, denominados "facilitadores", visando à remoção das restrições e agilização das entregas.

Essa maneira de organizar o trabalho da Secretaria tem trazido maior efi-

ciência às ações desenvolvidas no âmbito da saúde e ampliado a capacidade da SESA de “realizar entregas” à sociedade, ou seja, de fazer com que os projetos se materializem em ações efetivas de melhoria da qualidade de vida da população capixaba. Dada a complexidade envolvida na construção das redes de atenção regionalizadas, ela tem cumprido um papel central nas ações da Secretaria.

Finalmente, o sexto elemento se refere ao fato de que o conjunto de ações de reestruturação do sistema de saúde capixaba tem contado com apoio e monitoramento sistemático do Conselho Estadual de Saúde. Esse apoio veio sendo construído ao longo dos últimos anos por meio de um processo de pactuação permanente, que envolve a discussão de todas as ações empreendidas pela SESA.

No âmbito do Conselho, composto por 48 membros (entre representantes dos usuários, da Secretaria, dos prestadores e dos trabalhadores da saúde), os projetos mais complexos são debatidos em comissões específicas para depois irem à discussão ampla. Uma vez discutidos e aprovados, o Conselho passa a acompanhar sua implementação e, em um terceiro momento, fiscaliza os resultados obtidos.

Assim, a atuação do Conselho tem dado uma contribuição fundamental no sentido de consolidar as ações de reestruturação do sistema de saúde, por meio de um processo de construção de consensos a partir do diálogo permanente, em um esforço envolvendo gestores, trabalhadores, usuários e prestadores de serviços.



Plenária do Conselho
Estadual de Saúde



No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é de responsabilidade dos municípios, instância de governo que tem maior proximidade com a população. É sua atribuição organizar a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo centrado na atuação de equipes multiprofissionais, compostas no mínimo por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As equipes de saúde da família acompanham a saúde de grupos específicos de famílias, residentes em áreas geográficas determinadas.

A ESF é fundamental para inverter a lógica tradicional de funcionamento do sistema de saúde centrada na urgência, e constitui elemento central de transformação do modelo assistencial, já que o monitoramento frequente dos problemas pode evitar a ida ao hospital ou pronto-socorro, ou permitir que o atendimento seja planejado com antecedência, beneficiando pacientes e reduzindo a sobrecarga sobre o restante da rede de saúde. Como corresponde à “porta de entrada” do sistema de saúde, a atenção primária deve estar presente em todos os municípios, independentemente de seu tamanho, e precisa contar com recursos compatíveis com a disponibilização de todo o cuidado correspondente ao nível básico de atenção.

Contudo, no Espírito Santo, assim como em muitos outros estados do Brasil, a estrutura de que dispõem as prefeituras tem se mostrado muitas vezes insuficiente para dar conta da implementação da Estratégia Saúde da Família. Em especial, muitos municípios reivindicavam recursos para a construção de unidades básicas de saúde, mas, na ausência de um modelo a ser seguido, e diante das restrições orçamentárias e financeiras, algumas iniciativas acabaram resultando em edificações aquém de padrões mínimos requeridos para a prestação de serviços com qualidade à população.

Nesse contexto, a SESA elaborou, em 2007, o Projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, voltado a ampliar e melhorar os serviços ofertados na atenção primária nos municípios capixabas, com ênfase na humanização do cuidado e no fortalecimento dos vínculos das equipes com a comunidade. O Projeto envolve múltiplas formas de apoio, compreendendo a ampliação da rede física para o desenvolvimento da ESF e de ações básicas de saúde mental, o fornecimento de equipamentos e utensílios médicos, a facilidade na aquisição de medicamentos básicos e a qualificação profissional dos trabalhadores da atenção primária que atuam nos municípios capixabas.

Em relação à ampliação da rede física, a SESA desenvolveu um projeto arquitetônico de unidade humanizada, o



USF Pinheiros:
o Estado está
construindo e
equipando 66 novas
Unidades Saúde
da Família em 50
municípios



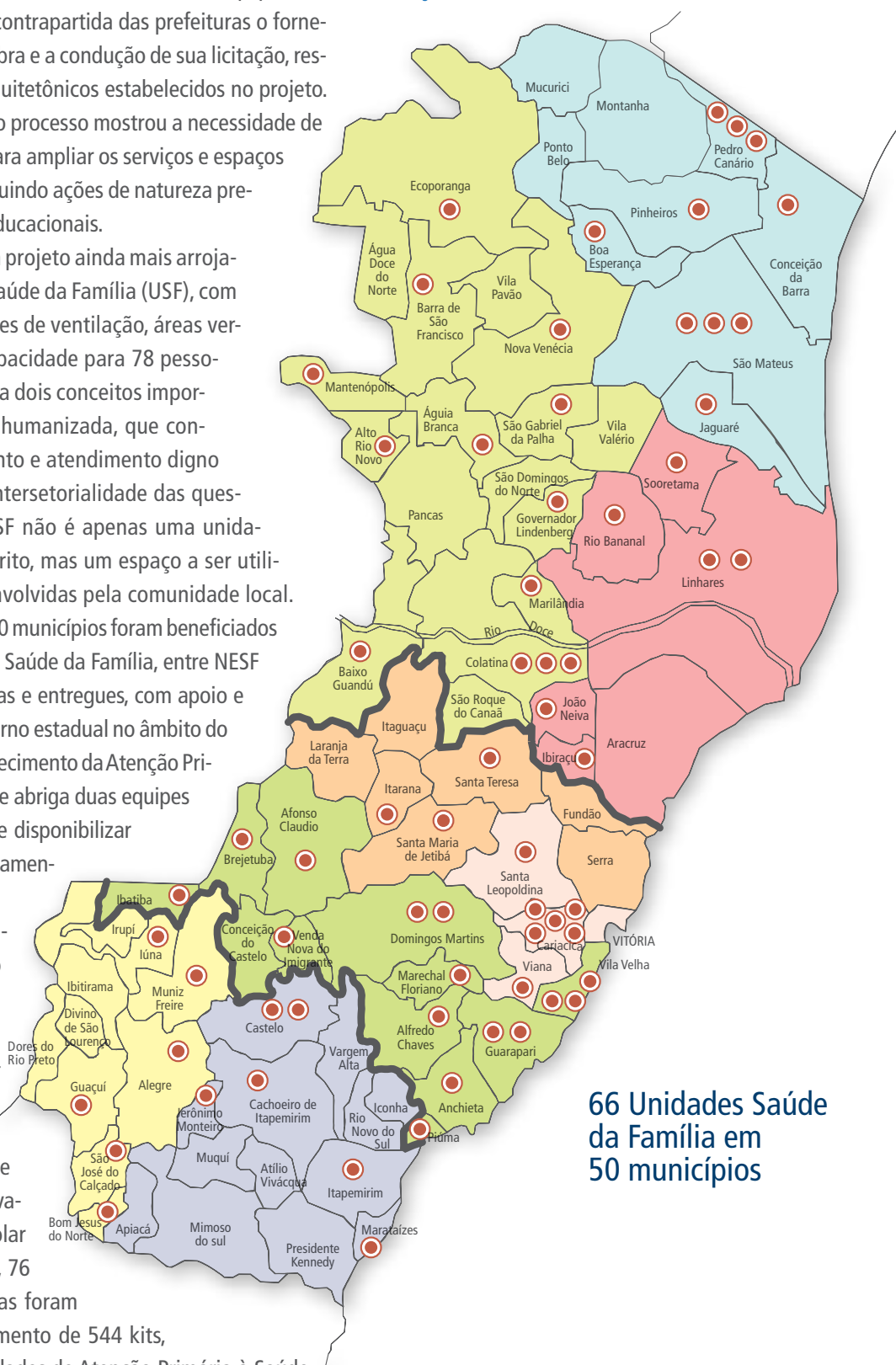
Núcleo de Saúde da Família (NESF), e passou a financiar a sua construção, disponibilizando todo o mobiliário e os equipamentos utilizados, tendo como contrapartida das prefeituras o fornecimento do terreno para a obra e a condução de sua licitação, respeitando os parâmetros arquitetônicos estabelecidos no projeto. Em um segundo momento, o processo mostrou a necessidade de adaptações nas unidades para ampliar os serviços e espaços oferecidos à população, incluindo ações de natureza preventiva e atividades socioeducacionais.

Assim, foi criado um projeto ainda mais arrojado, denominado Unidade Saúde da Família (USF), com melhoramento das condições de ventilação, áreas verdes e um auditório com capacidade para 78 pessoas. O novo modelo incorpora dois conceitos importantes: a ideia de atenção humanizada, que consiste em garantir acolhimento e atendimento digno às pessoas, e a noção de intersectorialidade das questões de saúde, já que a USF não é apenas uma unidade de saúde no sentido estrito, mas um espaço a ser utilizado para atividades desenvolvidas pela comunidade local.

Entre 2007 e 2010, 50 municípios foram beneficiados com 66 unidades básicas de Saúde da Família, entre NESF e USF, algumas já construídas e entregues, com apoio e recursos financeiros do governo estadual no âmbito do Projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Cada unidade abriga duas equipes de ESF e tem capacidade de disponibilizar atenção à saúde a aproximadamente dez mil pessoas.

A Secretaria também vem disponibilizando kits com componentes, materiais e equipamentos médicos utilizados pelas equipes de ESF em seu trabalho, como balança, estetoscópio, otoscópio, pinças, aparelho de nebulização, geladeira para vacina, mesa ginecológica, colar cervical. Entre 2007 e 2010, 76 dos 78 municípios capixabas foram beneficiados com o recebimento de 544 kits, em apoio à rotina das atividades de Atenção Primária à Saúde.

EXPANSÃO E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE





KITs PSF:
equipamentos
médico-hospitalares
fornecidos para
equipes que atuam
nas Unidades
de Saúde dos
municípios

No que diz respeito à capacitação, a SESA criou o Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde, uma pós-graduação com duração de 12 meses e carga horária de 400 horas. Os conteúdos foram planejados especificamente para apoiar o trabalho dos profissionais da rede de atenção primária dos municípios, catalisando mudanças conceituais e de paradigma a respeito dos cuidados na atenção primária.

O curso é ministrado por meio de convênios com instituições de ensino superior e inteiramente financiado com recursos do governo estadual, ficando as secretarias municipais de Saúde responsáveis pelo custeio dos deslocamentos até os locais de estudo e eventuais pernoites. Em 2009 foram formadas 58 turmas, totalizando 1.980 profissionais de nível superior dos 78 municípios. Outras 45 turmas estão atualmente em sala de aula, totalizando mais 1.568 alunos. O objetivo da SESA é qualificar 100% dos profissionais da atenção primária até 2011, aproximadamente 5.250 alunos.

A SESA também oferece, em parceria com o Ministério da Saúde, formação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da rede municipal, por meio do Curso de Formação Inicial, de nível técnico. Entre 2007 e 2009 foram capacitados 5.817 ACS com recursos do Estado.

Para facilitar a compra de medicamentos pelos municípios, a SESA disponibilizou às secretarias municipais de Saúde o Sistema Estadual de Registro de Preços (SERP), que possibilita a compra de medicamentos da atenção básica a custos mais baixos e sem burocracia. Os municípios passaram a adquirir de forma rápida e eco-



Especialização em Atenção Primária à Saúde: até 2011 serão pós-graduados todos os 5.250 profissionais que atuam nas Unidades de Saúde dos municípios

nômica medicamentos para o tratamento de problemas frequentes como hipertensão arterial, diabetes, verminoses, infecções, processos inflamatórios, dor. Além de gerar uma economia de recursos significativa, superior a 50%, esse sistema tem permitido uma melhora substancial no índice de disponibilização de medicamentos, viabilizando o início de determinados tratamentos imediatamente após a prescrição nas unidades de saúde e garantindo o tratamento contínuo das doenças crônicas. Isso vem permitindo a implantação de fato da Assistência Farmacêutica no Estado sob a lógica da descentralização do cuidado, tornando a rede de atenção primária mais resolutive.

Além de ações para apoiar a expansão da ESF, a SESA identificou que era importante reforçar a estrutura municipal de Pronto-Atendimento para garantir alguns procedimentos de assistência emergencial em locais próximos às residências das pessoas. Foram repassados recursos para quatro municípios construir unidades de Pronto-Atendimento

nos locais de maior incidência de procura por serviços de urgência. Os municípios beneficiados foram Cariacica, Itapemirim, Anchieta e Linhares.

Outra vertente importante de apoio aos municípios tem sido o fortalecimento de ações básicas de atenção à saúde mental. Nos últimos anos têm crescido de forma acelerada no Espírito Santo a incidência de problemas de saúde por uso de drogas, especialmente na faixa até 29 anos. Além disso, em todas as faixas etárias, o álcool aparece entre as dez principais causas de morte. Nesse contexto, as ações básicas de saúde mental, com apoio não apenas aos dependentes, mas também a seus familiares, constituem um elemento central para o enfrentamento do problema.

Desde 2007, o governo estadual investiu na construção de 15 serviços, entre Centros de Tratamento ao Toxicômano (CTTs) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para reforçar as ações de saúde mental desenvolvidas pelos municípios capixabas, que proporcionará acesso a tratamento para 2.700 usuários/mês.



Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Centro de Atenção Psicossocial em Nova Venécia

CENTROS DE TRATAMENTO AO TOXICÔMANO (CTT) E CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

CTT

Anchieta

Aracruz

Barra de São Francisco

Cachoeiro

Cariacica

Colatina

Linhares

Marataízes

São Mateus

Serra

Viana

Vila Velha

CAPS

Castelo

Nova Venécia

Santa Maria de Jetibá



O Pronto-Atendimento Alto Laje, em Cariacica, será o maior do Estado



O Adauto Botelho foi reestruturado e se tornou Hospital Estadual de Atenção Clínica, para compor a rede de saúde mental e atender pacientes que precisam de cuidados clínicos prolongados

Estão sendo implantados 12 Centros de Tratamento ao Toxicômano



O CTT é uma unidade de referência e tratamento para usuários de drogas que necessitam de atenção diária, disponibilizando acompanhamento por equipe interdisciplinar e cuidado intensivo personalizado. Já o CAPS é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) que funciona como centro de referência à saúde mental, para oferecer um atendimento digno e humanizado aos portadores de sofrimento psíquico e a seus familiares. A proposta de atenção dessas unidades é oferecer um lu-

gar mais acolhedor e adequado para a abordagem multidisciplinar da dependência química, evitando o isolamento dos dependentes de drogas e portadores de problemas mentais por meio de ações que buscam o fortalecimento dos laços familiares e a reinserção nas comunidades.

Além disso, para acelerar a reintegração dos pacientes psiquiátricos asilados, foram implantadas cinco residências terapêuticas e outras dez estarão em funcionamento no primeiro semestre de 2011, rein-

serindo na comunidade os últimos 80 internos do Hospital Estadual de Atenção Clínica (antigo Adauto Botelho), como parte da política nacional de desospitalização asilar de pacientes psiquiátricos, efetivada com sucesso no Espírito Santo.

Esse conjunto de iniciativas do governo estadual no âmbito da Atenção Primária à Saúde tem sido fundamental para o processo de reestruturação do modelo de atenção à saúde do Espírito Santo, contribuindo para fortalecer a “primeira camada” das redes de atenção regionalizadas e consolidar a âncora do sistema de saúde.

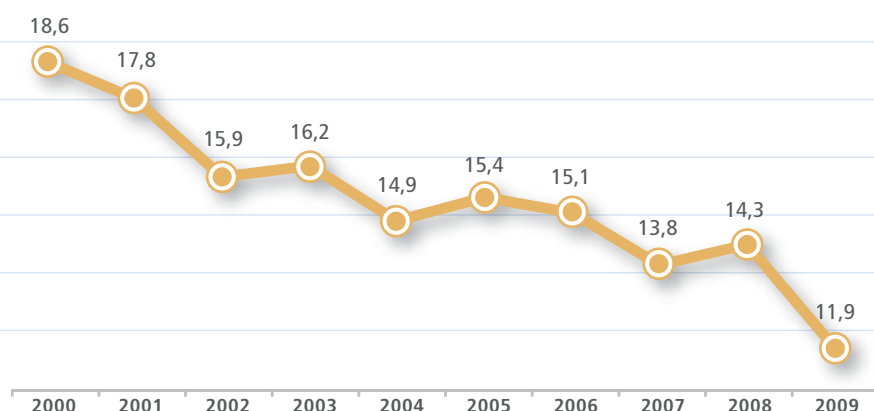
De fato, nos últimos anos a Estratégia de Saúde da Família experimentou uma expansão considerável no Estado, sendo que atualmente o Espírito Santo conta com 539 equipes de Saúde da Família, o que representa um crescimento de 68% em relação ao número registrado em 2002. O grau de cobertura da população capixaba por equipes de Saúde da Família também se ampliou consideravelmente no período, passando de 35% para 52%.

O processo, entretanto, foi bem além do aumento quantitativo do núme-

ro de equipes. A expansão a partir de uma infraestrutura física mais qualificada, com apoio em termos de equipamentos e aquisição de insumos e baseada na atuação de profissionais com formação específica, tem contribuído para criar uma atenção primária mais consistente e resolutiva, ou seja, com maior capacidade de resolver problemas do nível básico. Por outro lado, a parceria com as secretarias municipais de saúde e a própria capacitação dos profissionais da rede municipal têm permitido construir a articulação da atenção primária com o restante da rede de saúde de forma integrada, com resultados positivos na redução acentuada da mortalidade infantil na última década, que passou de 18,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 11,9, em 2009.

Essa sinergia já tem sido verificada no que diz respeito ao encaminhamento dos pacientes aos serviços de urgência. De fato, a rede de Atenção Primária à Saúde, através dos Pronto-Atendimentos e das unidades básicas de saúde, tem conseguido lidar com intercorrências médicas, ampliando seu raio de atuação e desafogando o sistema hospitalar.

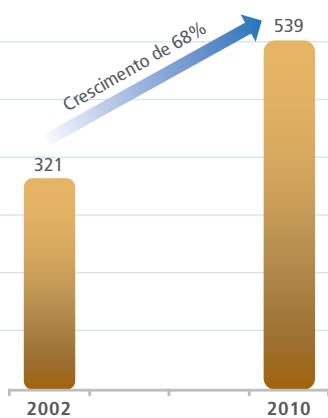
EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO ESPÍRITO SANTO



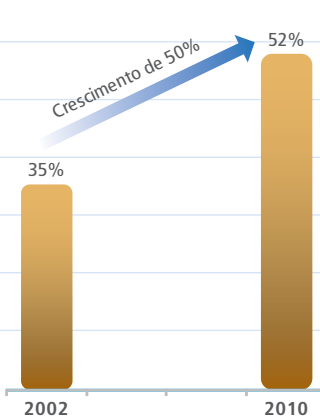
Em 2010, dos 271 mil acolhimentos com Classificação de Risco nos hospitais estaduais, metade poderia ter sido atendida nas unidades de saúde. Para mudar essa realidade, cada um dos 78 municípios elaborou seu Plano Diretor da Atenção Primária, indicando ações prioritárias e alocação de recursos municipais e estadual



EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)



EVOLUÇÃO DO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COBERTA PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)



No campo da assistência hospitalar, a SESA vem ampliando os serviços para descentralizar e eliminar os “vazios assistenciais”. Trabalha ainda no sentido de dar um salto qualitativo nos processos de gestão hospitalar, tanto na rede própria como nos hospitais pertencentes à rede conveniada ao SUS no Estado.

No que diz respeito à expansão da capacidade assistencial, a SESA tem procurado implantar a “perfilização” das unidades, atribuindo-lhes papéis específicos dentro do sistema de saúde, com base nas necessidades epidemiológicas da população a ser coberta. A perfilização das unidades é essencial para viabilizar as redes de atenção regionalizadas, definindo um espectro de funções para cada hospital. Ao mesmo tempo, os investimentos levam em conta, de um lado, as necessidades de cada região do Estado, que são distintas, já que há regiões que concentram “vazios assistenciais” e, de outro, a viabilidade econômica. Novos hospitais, por exemplo, devem cobrir populações de forma a gerar economias de escala e de escopo, garantindo o uso racional dos recursos.

Assim, os investimentos na expansão da capacidade assistencial vêm sendo feitos de forma a estruturar pontos importantes das redes de atenção, que se tornam referência para determinado tipo de assistência, com destaque especial para a rede de Urgência e Emergência para o atendimento de infarto, acidente vascular cerebral e trauma, já que as mortes precoces por essas doenças e por acidentes de trânsito constituem alguns dos principais problemas de saúde do Estado.

Na rede própria, esse processo vem ocorrendo através da construção de novos hospitais, reformas e ampliações:

- Construção do **Hospital Estadual Central** (Vitória), inaugurado em dezembro de 2009. Funciona como retaguarda para a rede de urgência metropolitana, com 172 leitos, sendo 18 de UTI, além de centro cirúrgico e parque de imagens, disponibilizando exames e serviços especializados. A unidade, primeira do Estado a ser gerida por uma Organização Social, recebe pacientes encaminhados de outros hospitais da rede SUS, por meio do serviço de regulação da Secretaria, com demandas de intervenções cirúrgicas – investimento de R\$ 42 milhões.





O Hospital Estadual Central atua como retaguarda dos hospitais estaduais Dório Silva, Bezerra de Faria e São Lucas. Conta com 172 leitos

- Ativação plena do **Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves** (Vila Velha), que saiu de 13 leitos em 2002 para 121 em 2010. Em 2007, foi inaugurada a maternidade do Hospital, referência no serviço de obstetrícia, com 24 leitos de obstetrícia e 25 de UTI Neonatal. Em 2010 foram concluídos novos investimentos, permitindo a inauguração do novo Pronto-Socorro, com 25 leitos de observação clínica, sendo dois de isolamento, seis consultórios médicos, laboratório de análises clínicas com realização de exames in loco, sala de reanimação e equipamentos de alta tecnologia.



O Hospital Estadual Infantil e Maternidade de Vila Velha inaugurou pronto-socorro moderno e humanizado. É o maior hospital materno-infantil do Estado, com 25 leitos de terapia intensiva

- Reestruturação do antigo Hospital Adauto Botelho para sediar o **Hospital Estadual de Atenção Clínica** (Cariacica), referência para internação de pacientes clínicos crônicos e casos de urgência em saúde mental. A unidade, inaugurada em maio de 2010, conta com 40 novos leitos de retaguarda para os demais hospitais da rede e tem um papel fundamental na rede de saúde mental do Estado. Está prevista ainda a abertura de mais 30 leitos de especialidades diversas – investimento de R\$ 2,85 milhões.

- Construção do novo **Hospital Estadual São Lucas**, em Vitória. A unidade será a principal referência em traumatologia no Estado, com moderna sala de choque, equipada para realização de todos os procedimentos de emergência, integrada a heliponto. A área está sendo duplicada, de 7.400 para 15.900m², com ampliação de 162 para 234 leitos, sendo 69 de UTI – investimento estimado em R\$ 105 milhões.



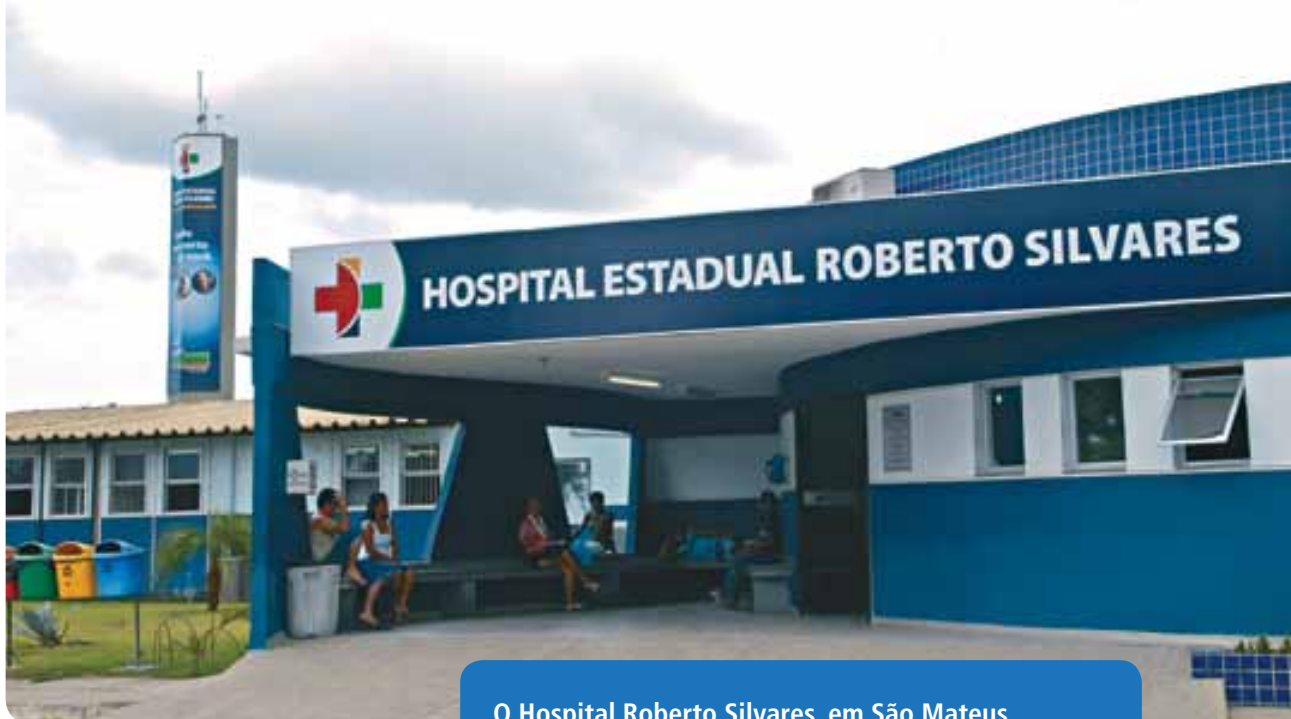
O Hospital Estadual São Lucas está sendo duplicado para se tornar o maior hospital de atendimento ao trauma do Estado

O novo Hospital Estadual Dório Silva, projetado para uso racional dos recursos naturais, e terá 371 leitos



- Construção do Novo Hospital Estadual Dório Silva (Serra), com previsão de conclusão em 2011. Construído com um novo conceito de humanização do atendimento, o hospital terá leitos com acesso a jardins internos, além de respeitar princípios de ecoeficiência em termos de energia e resíduos sanitários. O Hospital será referência estadual em urgência e emergência de politraumatismo, tratamento de queimados, maternidade de alto risco e DST/AIDS. A unidade terá 371 leitos, sendo 84 de terapia intensiva e com heliponto. O Pronto-socorro terá capacidade para dez mil atendimentos/mês – investimento estimado de R\$ 121 milhões.





O Hospital Roberto Silveiras, em São Mateus, é referência em urgência e emergência e neurocirurgia no norte do Estado

- Ampliação de leitos do **Hospital Estadual Dr. Roberto Arnizaut Silveiras** (São Mateus). A unidade passará a ter mais 87 leitos (atualmente são 137), sendo 20 de UTI e 40 cirúrgicos.
- Construção da nova sede do **Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória** (Vitória), referência para atendimento de crianças e adolescentes, com serviço de urgência e emergência e especialidades. Os leitos da unidade serão ampliados de 118 para 170 – investimento estimado de R\$ 80 milhões.
- Inauguração em 2008 da nova sede administrativa do **Hospital Estadual Antonio Bezerra de Faria** (Vila Velha) e previsão para ampliação de leitos. A edificação abriga a gerência da unidade e os almoxarifados e dispõe de auditório com 40 lugares – investimento estimado de R\$ 2,5 milhões. Há previsão para construção de um novo hospital que atenda os moradores de Vila Velha, Cariacica, Viana e Guarapari.



- O **Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo, CREFES**, é referência estadual nos atendimentos de reabilitação, adaptação e reintegração à vida social de pacientes com problemas físicos. Mensalmente, oferece fisioterapia para uma média de 600 adultos e conta, também, com atendimento para 150 crianças. Nos últimos anos, houve implantação de novos serviços como Polo de Audiologia e Centro de Distonias e Espasticidades, oferta de exames de eletroneuromiografia e audiometria, além do aumento na oferta da concessão de órteses e próteses.



Hospital Estadual Silvio Avidos é referência para 17 municípios e 500 mil habitantes

- Ampliação do **Hospital e Maternidade Silvio Avidos** (Colatina), referência em urgência e emergência em traúmato-ortopedia. A unidade ganhou nova UTI e um novo centro cirúrgico – investimento estimado de R\$ 2,6 milhões.



Hospital Estadual São José do Calçado

- Reforma e ampliação do **Hospital Estadual São José do Calçado**, envolvendo 24 novos leitos (seis de psiquiatria, quatro de clínica médica, 11 de clínica cirúrgica e três de cirurgia ortopédica) e adequação da área física do Pronto-socorro.

Já no caso da rede conveniada, a ampliação da capacidade assistencial tem ocorrido em meio a um processo mais amplo, que envolve o aprimoramento da gestão hospitalar a partir de uma lógica voltada para a geração de resultados e progressiva integração dessas unidades ao funcionamento regionalizado da rede de uma forma mais qualificada.

Assim, objetivando inverter o caráter distorcido da inserção da rede conveniada no sistema público de saúde no Brasil – marcada pelo subfinanciamento dos procedimentos, dados os baixos valores da Tabela SUS, e pela fragilidade do setor público no gerenciamento e acompanhamento do sis-



tema conveniado, que acaba acarretando má qualidade e inadequação do perfil dos serviços –, a SESA vem promovendo a contratualização dos hospitais filantrópicos, seguindo a diretriz nacional do SUS.

A contratualização envolve o estabelecimento de metas de quantidades de serviços a serem prestados, definidas em função da capacidade tecnológica e estrutural, do perfil de necessidades do sistema de saúde e da região em que se localizam os hospitais. Em vários casos, a prestação dos serviços vem requerendo a realização de obras de adequação e reformas. Esses investimentos são previamente pactuados entre os prestadores e a SESA, que repas-

sa parte dos recursos necessários mediante o compromisso da implantação e contraprestação dos serviços.

Além do aporte para os investimentos, o Estado paga antecipadamente ao hospital, ou seja, no início de cada mês, o valor correspondente aos serviços assistenciais a serem prestados no respectivo período, garantindo ainda uma complementação dos valores da Tabela SUS. Essa complementação varia em função do tipo de serviço que a SESA identifica como mais necessário às características da região. Além disso, os hospitais também se comprometem com metas qualitativas, relacionadas com a política de acolhimento aos pacientes, a humanização



Hospital Evangélico de Vila Velha: esquecidos em todo o país, a rede filantrópica no Espírito Santo recebeu apoio e financiamento da SESA, aumentando o número de leitos e serviços para o SUS

do atendimento ou o cumprimento de critérios sanitários rigorosos.

Embora o pagamento seja antecipado, o cumprimento das metas acertadas é checado periodicamente, podendo haver descontos nos repasses posteriores, caso o desempenho não seja satisfatório. Os primeiros contratos fo-

ram assinados em 2007 e, atualmente, há 16 hospitais contratualizados.

Por conta da contratualização, os valores repassados anualmente à rede conveniada por parte do governo estadual tiveram uma expansão expressiva em comparação aos padrões predominantes nas gestões anteriores.



CUSTEIO DOS FILANTRÓPICOS - R\$ MILHÕES

	2002	2010
HEVV	7,6	73,3
HECI	7,5	46,6
AFECC	12,3	41,6
HUCAM	9,2	38,8
Santa Casa de Vitória	6,9	31,3
Outros	11	74,7
Total	54,5	306,3

Esse processo, porém, reflete mais do que o aumento do aporte financeiro à rede conveniada ao SUS no Espírito Santo, já que a relação entre o governo estadual e os filantrópicos vem efetivamente se transformando. A SESA deixou a condição de mera pagadora de procedimentos, passando a utilizar sua capacidade de financiamento dos serviços para regular a inserção dos estabelecimentos privados no SUS de acordo com as necessidades do sistema estadual de saúde. Em contrapartida, os hospitais filantrópicos têm expandido o atendimento com mais qualidade e, ao mesmo tempo, priorizado as necessidades identificadas em cada região do Estado.

Com isso, a SESA vem sendo capaz de ampliar a capacidade do sistema estadual de ofertar importantes procedimentos de saúde, como determinadas cirurgias e exames. Serviços que, no passado, eram disponibilizados ao SUS pela rede filantrópica do Estado de forma insuficiente, ou mesmo inexistente, passaram a fazer parte da rotina do atendimento hospitalar dessas unidades. Ampliou-se a oferta de exames de alta complexidade, como ressonância magnética, tomografia, ultrassonografia e endoscopia, que antes eram de difícil equacionamento em diversas regiões do Estado.

Um resultado particularmente positivo do processo de contratualização foi o aumento de leitos de UTI, decorrente da criação de um incentivo financeiro específico para fomentar investimentos dos hospitais nesse tipo de serviço. O governo estadual se comprometeu a complementar o valor pago pelo SUS, enquanto os hospitais, em contrapartida, deveriam ampliar em, no mínimo, 50% o número de leitos de UTI. Como

resultado dessa estratégia, entre 2007 e 2010, os leitos de UTI dos filantrópicos praticamente dobraram, saltando de 55 para 101, além de terem sido implantados cem leitos da alta dependência de cuidados antes inexistentes.

Para os filantrópicos, os benefícios dessa ini-

ciativa são muitos, porque passam a receber de forma condizente com os custos dos serviços prestados e em condições que permitem ampliar a capacidade de planejamento administrativo e aprimorar sua política de compras, dada a possibilidade de obter descontos junto aos fornecedores.

TRANSPLANTES

Os transplantes de órgãos e tecidos constituem uma área que vem sendo particularmente fortalecida no Espírito Santo, a partir do lançamento da Política Estadual de Estímulo à Doação e Transplante de Órgãos, em 2009.

A implantação da iniciativa cabe à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e inclui a ampliação do financiamento das ações de doação e transplante para a qualificação de pessoal e a disponibilização de equipamentos por parte dos hospitais capixabas que aderirem à política, via contratualização.

Cada hospital que assina o termo de adesão recebe um kit para a manutenção do potencial doador, composto por ventilador mecânico, monitor multiparâmetro, oxímetro, bomba de infusão, cobertor térmico e eletroencefalógrafo (para a comprovação de morte encefálica). Como contrapartida, a entidade se compromete a sensibilizar os

funcionários sobre o tema, capacitar equipes multiprofissionais envolvidas no processo de doação, divulgar a questão da doação de órgãos na comunidade em que atua e garantir a avaliação diagnóstica para morte encefálica.

Isso tem permitido um aumento das doações no Estado, bem como ampliado as condições de conservação dos órgãos doados, aumentando as chances de funcionamento adequado após a constatação da morte encefálica e, consequentemente, de sucesso dos tratamentos.

Tais ações vêm contribuindo para tornar o Espírito Santo referência na área de transplantes. Em 2002, ocupava a 21ª posição no ranking nacional e, em 2010, encontra-se na 3ª posição. Eram realizados apenas transplantes de rim e córnea. Atualmente, esse rol inclui coração e fígado, além dos de medula óssea autóctone, efetuados com doador vivo.



Outra frente de aprimoramento da gestão hospitalar refere-se ao estabelecimento de termos de compromisso com hospitais da rede própria em torno do cumprimento de metas no âmbito do Projeto INOVAHOSP, iniciativa que trouxe os elementos da contratualização para os hospitais públicos.

O INOVAHOSP foi implantado em 12 unidades hospitalares e quatro outras unidades de saú-

de. Todas essas instituições assinaram Termos de Compromisso de Gestão (TCG) junto à SESA, que estabelecem metas a serem cumpridas. As metas se relacionam tanto à dimensão quantitativa dos serviços disponibilizados ao SUS como a ações voltadas ao aprimoramento da qualidade da prestação geral de serviços pela unidade e são estabelecidas em etapas.

Em relação às quantidades e aos tipos de serviços, as unidades se comprometem a manter determinado número de leitos por tipo (clínica pediátrica, cirúrgica, obstétrica, UTI infantil etc.), além de acordarem a implantação de novos serviços, como introduzir Unidade de Hospital-dia ou implantar Unidade de Cirurgia Ambulatorial.

Os compromissos voltados a aprimorar a qualidade dos serviços prestados incluem, por exemplo, a implantação de Comissão de Controle para Infecção Hospitalar, a elaboração e implantação de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da unidade e implantação de ações no âmbito da Política Nacional de Humanização. Há, além disso, o compromisso de aprimoramento específico da gestão administrativa financeira, por meio de implantação de centros de custos e de sistema de gestão de materiais e suprimentos.

O acompanhamento do Projeto INOVAHOSP é realizado pelo Sistema de Gerenciamento de Projetos (SIGES), do governo do Estado do Espírito Santo, que monitora as metas pactuadas em função das etapas e dos prazos definidos. Além disso, há outras instâncias de monitoramento, como visitas periódicas da equipe da SESA às unidades e acompanhamento do desenvolvimento de processos voltados ao alcance das metas pactuadas, bem como das reclamações dos usuários junto aos meios de comunicação ou nas próprias unidades, as quais servem como referência importante em termos de avaliação de resultados.

A primeira etapa de acompanhamento dos TCGs, concluída em 2010, trouxe ganhos importantes em termos de gestão das unidades integrantes do Projeto, como implantação de centro de custos, contratualização dos serviços do Centro de Hematoterapia e Hematologia do Espírito Santo (HEMOES) para o fornecimento de hemoderivados, contratualização com as equipes internas das unidades em torno do cumprimento das metas e obtenção de licenças de funcionamento junto à Vigilância Sanitária e ao Corpo de Bombeiros, entre outros. Nesse primeiro momento, as metas não atingidas foram avaliadas e repactuadas, passando a ser objeto de monitoramento na próxima etapa de acompanhamento do TCG.

A introdução da lógica contratual entre organismos governamentais embutida no INOVAHOSP é um processo de implantação gradual, que exige uma mudança

INOVAHOSP - HOSPITAIS E UNIDADES COM TERMO DE COMPROMISSO

Hospitais

- Hospital Central
- Hospital Dório Silva
- Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
- Hospital Estadual de Atenção Clínica
- Hospital Pedro Fontes
- Hospital Dra. Rita de Cássia
- Hospital João dos Santos Neves
- Hospital Alzir Bernadino Alves
- Hospital Antônio Bezerra de Farias
- Hospital Roberto Arnizault Silveiras
- Hospital Sílvio Avidos
- Hospital São José do Calçado

Outras Unidades de Saúde

- Centro de Reabilitação Física – CREFES
- Hemocentro de Vitória – HEMOES
- Unidade Integrada Jerônimo Monteiro
- Centro de Atenção Psiquiátrica Aristides Campos

de cultura bastante profunda, em que as ações passam a ser comandadas pelo alcance de determinados objetivos. Trata-se de um fortalecimento da gestão, que passa a ser orientada para resultados, submetendo-se a mecanismos de monitoramento e avaliação.

Uma questão que se coloca a partir da apresentação desse conjunto de ações voltadas à modernização da gestão e ampliação da assistência hospitalar no Espírito Santo é de que maneira tais intervenções alcançam o usuário final dos serviços. Entre os exemplos que ilustram os benefícios que tais iniciativas têm tido em termos de organização do cuidado, racionalidade no uso dos recursos e mudança do patamar da qualidade da assistência estão os serviços estruturados a partir da constru-

ção do Hospital Estadual Central e do novo Hospital Estadual São Lucas.

O Hospital Estadual Central é a primeira experiência de gestão hospitalar da SESA em parceria com organizações sociais. Com capacidade para 760 internações mensais, foi criado para funcionar como retaguarda de urgência, recebendo pacientes encaminhados pelos hospitais estaduais Dório Silva, São Lucas e Antonio Bezerra de Faria que necessitam de atendimento cirúrgico de média e alta complexidade.

Essa especialização do perfil do hospital, que envolve o controle do acesso aos serviços via Central de Regulação de Internações, aumenta a resolutividade da rede pública hospitalar. Pesquisa realizada mensalmente desde a abertura do hospital mostra

HEMOES

O Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo (HEMOES), que realiza coleta de sangue e medula óssea no Espírito Santo, recebeu especial atenção por parte da SESA no período recente.

O HEMOES foi duplicado e reformado em agosto de 2010, o que permitiu expandir os serviços, além de trazer maior comodidade aos doadores, com processos mais ágeis e instalações mais apropriadas. O ambulatório de transfusão teve a capacidade de atendimento triplicada e a farmácia foi readequada, passando a contar com um local mais amplo para o armazenamento de medicamentos. Os espaços foram reestruturados para a realização da triagem de doadores e foram criadas salas para alimentação específica antes e após a doação ("pré-lanche" e "pós-lanche").

Com a reestruturação, o HEMOES praticamente dobrou sua capacidade de coleta e doação de sangue e também ampliou consideravelmente o cadastramento de medula óssea. O Centro também passou a contar com uma área específica para o atendimento a pacientes com doenças sanguíneas, como

hemofilia, doença falciforme e leucemia, ampliando seu atendimento para até 550 pacientes / mês.

Essa reestruturação é de enorme importância, porque o sangue e seus derivados constituem insumos essenciais que não podem ser sintetizados, necessitando de um sistema adequado de doação e coleta.



que a média de satisfação dos clientes do hospital é de 94%, com destaque para o serviço de hotelaria, que ficou em primeiro lugar, com índice de aceitação de 98,46%. Além disso, o hospital tornou-se o único das redes pública e privada capixaba a contar com cinco Certificados Ouro (que segue padrão internacional e é concedido pela empresa 3M) por seguir normas internacionais de Esterilização de Materiais Cirúrgicos, de Tricotomia Segura e Fixação Segura de Cateter, sendo também o primeiro hospital público do Estado a receber certificado de Acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O Hospital Estadual São Lucas teve sua estrutura operacional transferida temporariamente para uma área do Hospital da Polícia Militar adap-

tada para receber seus pacientes durante as obras de ampliação. Seu perfil, centrado nos casos de trauma grave, foi pactuado junto a todos os hospitais da Macrorregião Centro, que passaram a receber pacientes com outras necessidades de atendimento, até então direcionados ao São Lucas, garantindo a manutenção do seu foco de atendimento. Além disso, atualmente o manejo do trauma na unidade se dá sob protocolos clínicos e a gestão da clínica tem sido uma prioridade cotidiana, contribuindo para a redução do tempo médio de permanência dos pacientes e, por consequência, o atendimento a um número maior de usuários, sem a necessidade de acomodação dos mesmos nos corredores, como se verificava na realidade anterior.

O HEMOES, em Vitória, foi duplicado, proporcionando comodidade para pacientes e doadores

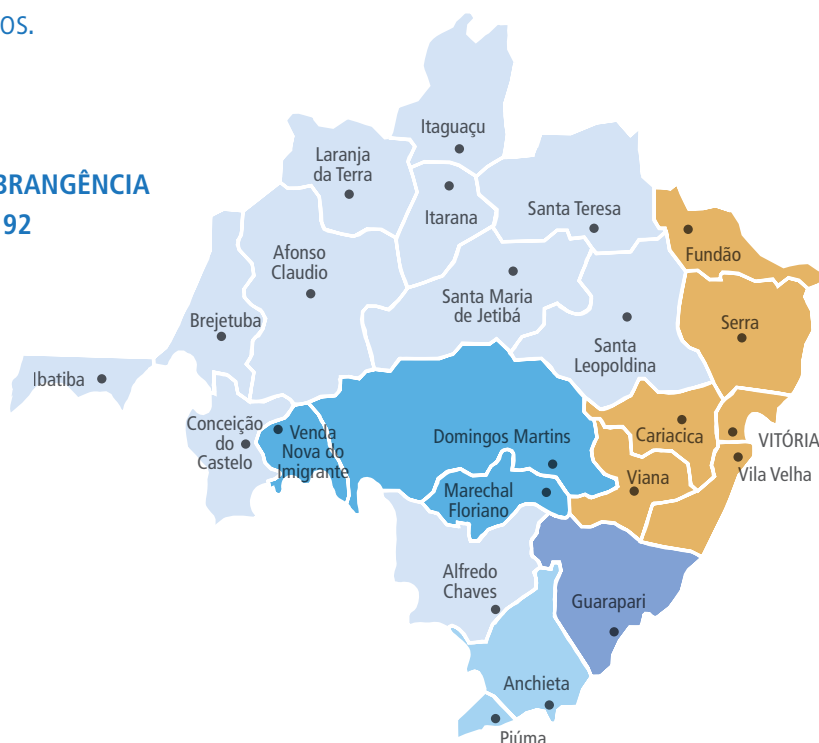


Outra vertente de atuação central da SESA nos últimos anos são as ações para a estruturação do Complexo Regulador, que consiste no mecanismo de administração da demanda de atendimento dos usuários do sistema de saúde. O Complexo Regulador é uma espécie de “inteligência” do sistema de saúde, constituindo o lugar de gerenciamento do acesso das pessoas ao conjunto dos recursos assistenciais da rede em função da capacidade de atendimento e das necessidades de saúde dos usuários.

A SESA estruturou a Regulação de Urgência e Emergência, cujo funcionamento adequado é crucial para assegurar o pronto acesso das pessoas aos serviços assistenciais, impedindo o agravamento de seu estado de saúde ou mesmo evitando mortes. No Espírito Santo, da mesma forma que no restante do Brasil, as principais causas de morte são o trauma, especialmente entre os mais jovens, e as doenças cardiovasculares, com destaque para o infarto e os acidentes vasculares cerebrais.

A Regulação de Urgência e Emergência está baseada no SAMU 192, Serviço de Atendimento Móvel Pré-hospitalar de Urgência, e na Central de Regulação de Internações. Esses serviços funcionam de forma complementar e cuidam para que os pacientes sejam removidos e encaminhados aos locais de tratamento em função da gravidade de seu estado, tendo como retaguarda o conjunto de hospitais de referência para o tratamento das principais causas de morte.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO SAMU 192





A SESA é responsável por 72% dos custos do SAMU 192, que, diariamente, recebe 2 mil chamadas e envia 100 ambulâncias para socorro



O SAMU 192 é composto por 26 ambulâncias e uma Central de Regulação de Urgência e foi implantado no Espírito Santo em 2005, na região metropolitana, tendo se expandido posteriormente para a Região Serrana e Litoral Sul, áreas em que se identificou maior demanda pelos serviços de urgência e emergência, cobrindo uma população de 1,8 milhão de habitantes (50% da população capixaba). A estrutura conta com 355 profissionais que atuam 24 horas por dia nas emergências, a maioria médicos e técnicos de enfermagem.

O serviço funciona por meio de médicos plantonistas reguladores, que são informados dos casos de urgência por telefone e realizam o atendimento primário, indicando o local para o qual deve ser levado o paciente em função de seu estado e dos recursos disponíveis. Mediante a avaliação da demanda e da disponibilidade dos serviços, esses profissionais organizam, através dos encaminhamentos, uma logística de distribuição dos recursos em que se priorizam os casos mais graves, cuidando para que sejam atendidos em menor tempo e não se agravem. Além disso, há médicos em seis unidades avançadas (ambulâncias) nos municípios de Venda Nova do Imigrante, Guarapari, Vila Velha, Vitória, Cariacica e Serra.

A Central de Regulação de Internações entra em cena em um segundo momento, quando o paciente já recebeu o atendimento de urgência e já tem um diagnóstico. A Central busca o lugar certo e encaminha o paciente para que receba o tratamento adequado na rede de referência, de acordo com suas questões de saúde.

Os próximos passos da implantação do Complexo Regulador são a estruturação de centrais de regulação para a marcação de consultas e exames especializados (que já foi desenvolvida, tendo iniciado fase de testes na Macrorregião Centro em dezembro de 2010), cirurgias eletivas e procedimentos de alta complexidade. Isso fará com que o acesso a toda a capacidade assistencial do sistema de saúde seja administrado por um mecanismo único de coordenação que maximiza o potencial de utilização, evitando deslocamentos, assegurando o encaminhamento e o acesso e trazendo mais conforto aos usuários.

Um complemento importante ao processo de Regulação no âmbito da rede de urgência e emergência é a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em oito unidades da rede estadual de saúde, assim como nos Pronto-Atendimentos e em alguns hospitais filantrópicos. O Aco-

lhimento com Classificação de Risco segue o Protocolo de Manchester (instrumento de classificação das patologias por gravidade de acordo com parâmetros definidos internacionalmente e pactuados entre os profissionais envolvidos) e seu objetivo é estabelecer uma prioridade clínica acerca do estado do paciente, a partir de um conjunto de sinais e sintomas.

A partir da implantação do serviço, o usuário que chega a essas unidades é acolhido por profissional habilitado e atendido no tempo correto, de acordo com a gravidade do caso, tendo como consequência o respeito à vida e a preservação dos direitos do cidadão de ter acesso a um atendimento universal e equânime.

Da mesma forma, usuários que, pela sua prioridade clínica, deveriam ser atendidos na rede básica passaram a ser referenciados de forma responsável para as unidades básicas e Pronto-Atendimentos com garantia de ser atendido.

Os benefícios associados à implantação do Acolhimento com Classificação de Risco são vários. Um dos mais importantes se relaciona ao caráter educacional dos usuários com relação à busca do serviço adequado a sua necessidade. De fato, cerca de 50% dos pacientes que buscam os serviços de Urgência e Emergência não deveriam fazê-lo nos hospitais e sim na rede básica.

Algumas unidades de saúde dos municípios metropolitanos já estão usando a classificação de risco e, no médio prazo, o sistema também será implantado nas unidades de saúde municipais.

Além disso, observa-se que, a partir da introdução do Acolhimento com Classificação de Risco, houve expansão do número de pessoas atendidas nas prioridades mais complexas do sistema de saúde, o que reflete otimização dos serviços assistenciais, além de ter ocorrido redução da taxa de mortalidade nas primeiras horas após o atendimento do usuário no sistema de Urgência e Emergência, indicando a importância desse tipo de abordagem.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. O TEMPO A FAVOR DA VIDA NOS HOSPITAIS ESTADUAIS.

Fique atento às cores. Elas definem
a prioridade do atendimento.

EMERGÊNCIA ABSOLUTA

Risco imediato de perder a vida

MUITO URGENTE

Risco imediato de perda
de função de órgãos ou membros

URGENTE

Condição que pode agravar
sem atendimento

POUCO URGENTE

Atendimento com
prioridade em Unidades
Básicas de Saúde

NÃO URGENTE

Agendamento
em Unidades
Básicas de Saúde



EIXO 4

DESCENTRALIZAÇÃO DE SERVIÇOS

Como em muitos estados do Brasil, historicamente o sistema de saúde capixaba se moldou concentrando capacidade assistencial em alguns centros urbanos, em geral aqueles cuja densidade populacional acompanhou processos de crescimento econômico acelerado. Isso ocorreu tanto com respeito à rede própria como com relação à rede conveniada ao SUS.

Assim, uma preocupação da SESA na realização dos investimentos e dos convênios junto à rede privada que atende o SUS está voltada à estruturação das redes de atenção regionalizadas. Tem-se buscado expandir a capacidade assistencial sob uma diretriz de desconcentração espacial, procurando assegurar a cobertura de serviços em todas as regiões do Estado. Vários novos serviços foram criados sob essa preocupação.

- **Hemodiálise:** até há alguns anos os pacientes com insuficiência renal crônica ou aguda precisavam realizar grandes deslocamentos para ter acesso ao serviço, que era oferecido apenas em Cachoeiro de Itapemirim, no Hospital Evangélico do município, e na Grande Vitória, através dos hospitais Santa Rita, dos Ferroviários e da Associação dos Funcionários. A partir de 2006, o serviço foi disponibilizado também em Linhares e Colatina, che-

gando a São Mateus em 2010. No total, 117 pacientes de São Mateus, Jaguaré, Conceição da Barra, Pedro Canário, Pinheiros, Boa Esperança, Montanha, Ponto Belo, Mucurici, Nova Venécia e Vila Pavão são atendidos pelo novo serviço, que tem capacidade de realizar até 1.500 sessões por mês. Os benefícios são muito significativos, já que os pacientes com problemas renais crônicos muitas vezes necessitam de sessões semanais de hemodiálise.

Hemodiálise: regiões Norte e Noroeste do Estado contam com esse novo serviço





Oncologia: marco da descentralização, a partir de 2008, o serviço passou a ser oferecido em todas as regiões do Espírito Santo

- **Oncologia:** até 2008, apenas o Hospital Santa Rita, em Vitória, e o Hospital Evangélico, em Cachoeiro de Itapemirim, eram referência para o tratamento do câncer pelo SUS. A partir daí, o tratamento passou a ser oferecido também pelo Hospital Evangélico de Vila Velha e pela Santa Casa de Misericórdia, em Vitória. Em 2010, São Mateus passou a disponibilizar o serviço e, agora, estão cobertas as macrorregiões Centro, Norte e Sul do Estado, beneficiando pacientes de 32

municípios. Esse processo vem facilitando a rotina dos pacientes ao reduzir distâncias e ampliando a disponibilização desse tipo de tratamento no sistema estadual de saúde com maior racionalidade. Além de consultas e exames de laboratório e imagem, os usuários têm acesso a sessões de quimioterapia e radioterapia. Efetivamente, a capacidade atual de atendimento a pacientes com câncer pelo SUS no Espírito Santo, cerca de seis mil casos por ano, é praticamente o dobro da registrada em 2002.

- **Neurocirurgia:** o serviço é disponibilizado em todas as regiões do Estado, evitando a necessidade de transferência dos pacientes para a Grande Vitória. Descentralizar esse tipo de procedimento representa um enorme benefício, dado que as chances de sucesso no atendimento são for-

temente relacionadas com a rapidez de sua execução. O último serviço de Neurocirurgia inaugurado foi o do Hospital Estadual Dr. Roberto Arnizaut Silveira, em São Mateus, servindo como referência para a região Norte do Estado para traumas cranianos e medulares graves provocados por acidentes.

**Cirurgias cardíacas:
interiorização e
ampliação dos serviços**



- **Cirurgia Cardíaca:** a partir de 2009, quando foi introduzido no Hospital Unimed Noroeste Capixaba, em Colatina, o serviço de cirurgia cardíaca passou a ser oferecido em todas as regiões do Espírito Santo (incluindo também o Hospital Rio Doce de Linhares, no norte do Estado, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, no sul,

e Hospital Evangélico de Vila Velha, na região centro-serrana). São realizadas cirurgias de revascularização do miocárdio extracorpóreo, correção de aneurisma ou dissecação da aorta, plástica valvar e/ou troca múltipla e troca valvar com revascularização miocárdia. O número de cirurgias realizadas praticamente dobrou entre 2007 e 2010 (de 65 para 120/mês).

- **Cirurgias eletivas:** desde 2009 a SESA vem realizando diversos mutirões de cirurgias eletivas nos hospitais da rede própria e conveniada, suprimindo demandas que, em alguns casos, encontravam-se reprimidas há anos. Essa ação tem tido um impacto importante também no senti-

do de evitar que pacientes tenham suas condições agravadas, sendo uma forma de prevenir sobrecarga do sistema de Urgência e Emergência, além de beneficiar os pacientes. O serviço inclui a realização de consultas e exames e o agendamento das cirurgias no mesmo dia.

Cidade	Hospital	Tipo de cirurgia/procedimento	Pessoas atendidas (aprox.)	Cirurgias realizadas
Vitória	Hucam	Ginecológica, revisão do marcapasso e retinopatia diabética	1.300	249
Vitória	Santa Casa de Vitória	Escoliose, cirurgia geral (hérnia e vesícula) e oftalmologia	669	413
Vila Velha	Hospital Evangélico de Vila Velha	Correção de retinopatia diabética	700	50
Guaçuí	Santa Casa de Guaçuí	Ginecológica geral	100	12
Íluna	Santa Casa de Íluna	Ginecológica geral	120	49
Vila Velha	Hospital dos Ferroviários	Artroscopia e otorrinolaringologia	3.775	497
Vitória	Clínica dos Acidentados	Artroscopia	330	137
Colatina	Hospital São Bernardo	Cirurgia artroscópica	400	215
Total			7.394	1.622

- **Oftalmologia:** em 2009, foi inaugurado o Instituto dos Olhos Dona Dalila no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI), o primeiro da rede estadual fora da Região Metropolitana. O serviço é referência no sul do Espírito Santo para tratamento oftalmológico, atendendo pacientes de Cachoeiro de Itapemirim e de 22 municípios da região. O acesso se dá através da rede básica, que encaminha os pacientes para consultas e exames.



O Instituto dos Olhos, em Cachoeiro de Itapemirim, contou com recursos estaduais para obra, custeio e equipamentos

- **UTI Neonatal (UTIN) e UTI Pediátrica (UTIP):** a partir de 2009 teve início o Projeto Mais Leitos de UTI Neonatal e Pediátrica, visando a ampliar a assistência a gestantes de alto risco em diferentes pontos da rede de saúde do Estado, identificados a partir de um estudo de necessidade. Através do Projeto, a SESA oferece a hospitais filantrópicos um complemento do valor repassado pelo Ministério da Saúde para o custeio das UTIN e UTIP. Em contrapartida, os hospitais aumentam em 50% o número de leitos desse tipo. Até 2010, houve a ampliação de 48 novos leitos no âmbito do Projeto, sendo 41 de UTIN e sete de UTIP, nos seguintes municípios: Colatina (Hospital São José – dez leitos de UTIN), Linhares (Hospital Rio Doce – nove leitos de UTIN), Cachoeiro de Itapemirim (Hospital Evangélico – dez leitos de UTIN, e Hospital Infantil Francisco de Assis – 12 leitos de UTIN e sete leitos de UTIP).

O elemento característico dessas iniciativas de ampliação e diversificação da capacidade assistencial nos níveis mais complexos de atenção à saúde nas diversas regiões do Estado é o fato de se guiarem pela noção da construção das redes de atenção regionalizadas. Os investimentos são aparentemente pulverizados, porque há vários espaços a serem preenchidos, mas guardam uma articulação porque integram as camadas internas do sistema estadual de saúde com papéis específicos, definidos em âmbito regional. Constituem, portanto, passos essenciais na direção da construção de uma capacidade assistencial resolutiva, que completa a integração da rede a partir de uma assistência primária fortemente estruturada.



O aumento de leitos de UTI Neonatal foi estimulado pelo projeto Mais Leitos de UTI



EIXO 5

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Outro eixo de atuação fundamental da SESA para a consolidação do SUS no Espírito Santo relaciona-se com a Assistência Farmacêutica, que constitui um subsistema de apoio transversal, perpassando os vários níveis de atenção à saúde.

O cenário encontrado no início de 2003 nessa área era de grande desarticulação. Além de a cobertura de medicamentos fornecidos à população ser baixa, os processos de compra eram muito ineficientes. Não havia padrões de aquisição e as compras eram fragmentadas e sem escala, gerando desperdício de recursos e faltas constantes. As condições de acondicionamento dos medicamentos tampouco eram adequadas, contrariando padrões sanitários estabelecidos.

A estratégia da Secretaria para a reestruturação da Assistência Farmacêutica no Estado tem se desenvolvido em diversas frentes. Primeiro, foi realizado um diagnóstico da As-

A Farmácia Cidadã Metropolitana, em Cariacica, que disponibiliza medicamentos de alto custo é referência nacional



sistência Farmacêutica no Estado e, a partir da realidade verificada, editou-se a Política Farmacêutica para o Estado do Espírito Santo, por meio do Decreto nº 1.956-R, de 31 de outubro de 2007. Em paralelo, com base nas principais causas de adoecimento da população e em conformidade com as melhores evidências científicas disponíveis, foi elaborada a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais (REMEME) em 2007. Isso ampliou significativamente a lista de medicamentos disponibilizados à população capixaba na rede pública.

Os medicamentos de alto custo, especializados e destinados ao tratamento de doenças mais graves, passaram de 133 para 185 itens, enquanto os essenciais, voltados ao tratamento de doenças da Atenção Primária à Saúde, saltaram de 72 para 330 itens. Isso permitiu ampliar o acesso gratuito a itens para tratamento de várias doenças, até então indisponíveis na rede pública de farmácias, como hipertensão pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica e glaucoma, entre vários outros exemplos de “vazios assistenciais” que existiam anteriormente à elaboração da REMEME.

Antes da implantação da REMEME, o índice de cobertura, que é a presença dos medicamentos da lista efetivamente disponíveis na farmácia, ficava em torno de 75%. Atualmente, além de ter ampliado a lista de medicamentos dispensados, nos últimos dois anos a cobertura varia entre 97% e 100%.

A segunda frente importante de atuação da SESA foi o investimento na capacidade institucional de conduzir a política de assistência farmacêutica no Estado. Além de ter sido criada uma gerência específica para cuidar da questão, a área foi fortalecida por meio da ampliação da equipe,

com a contratação de 20 novos farmacêuticos nos últimos quatro anos.

Finalmente, a terceira frente foi a implantação do projeto Farmácia Cidadã Estadual em todas as oito microrregiões, a partir de 2008. A Farmácia Cidadã, que integra um novo conceito de farmácia pública, fornece 185 medicamentos de alto custo e funciona sob uma lógica diferenciada, que inclui atendimento humanizado aos usuários em ambiente climatizado, dispensação de medicamentos realizada exclusivamente por farmacêutico e orientação quanto ao uso correto dos medicamentos. O serviço é todo informatizado, o que permite o acompanhamento do histórico de utilização dos medicamentos dos usuários via internet, por meio de senhas individuais e comunicação por meio de serviço de mensagens via celular (*Short Message Service – SMS*).



São 185 tipos diferentes de medicamentos de alto custo oferecidos pelo Estado, com estoques organizados e controlados

FARMÁCIAS ESTADUAIS CIDADÃS

2008

- Metropolitana
- Linhares

2009

- Venda Nova do Imigrante
- Colatina

2010

- Nova Venécia
- São Mateus

2011

- Cachoeiro
- Serra
- Vila Velha

Dispensação: entrega é feita exclusivamente por farmacêuticos, com orientação sobre o uso correto



Outro elemento diferenciado desse serviço é que 110 dos medicamentos fornecidos pela Farmácia Cidadã Estadual são disponibilizados em quantidades suficientes para três meses, o que significa comodidade para os pacientes, já que evita deslocamentos.

Alguns medicamentos importantes fornecidos nas Farmácias Cidadãs são remédios para doenças graves e raras, como asma grave, diabetes, osteoporose, hepatite C, artrite reumatoide, esquizofrenia refratária, doença de Parkinson, distonias, espasticidade, glaucoma, hipertensão pulmonar, entre outros. Trata-se de uma ação com reflexos diretos na qualidade de vida das pessoas, colocando os cidadãos em posição de igualdade no acesso a medicamentos de alto custo, independentemente de sua renda.

A SESA também criou incentivo para a implantação do conceito de Farmácia Cidadã nos municípios. A Secretaria dobrou o valor per capita repassado aos municípios

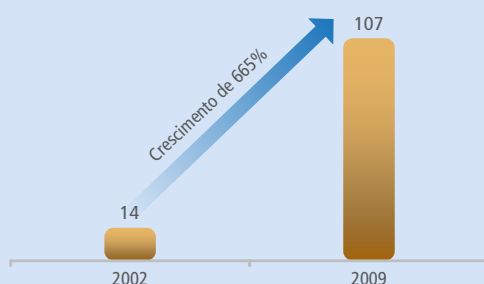
para aquisição de medicamentos básicos (de R\$ 5,75 para R\$ 11,00 por habitante/ano), além de ter instituído um incentivo adicional de R\$ 20 mil, destinado a custear as adequações da infraestrutura física das farmácias nas unidades municipais, adequando-as ao novo conceito. O repasse é feito mediante aprovação prévia do projeto de adequação, e a meta é garantir que seja implantada uma Farmácia Cidadã municipal em cada um dos 78 municípios capixabas até 2011.

Uma evidência da priorização da política de

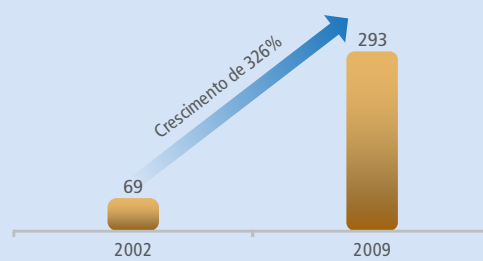
assistência farmacêutica pelo governo estadual é o aumento dos recursos destinados pela SESA à compra de medicamentos. O valor gasto com medicamentos em 2009, R\$ 107 milhões, é mais de 600% superior à despesa registrada em 2002.

Ao longo desses anos, o número de atendimentos também teve uma expansão excepcional. Os 293 mil atendimentos realizados em 2009 equivalem a um aumento de mais de 300% em relação ao volume registrado em 2002.

GASTO COM MEDICAMENTOS PELA SESA EM R\$ MILHÕES



ATENDIMENTOS COM DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELA SESA - EM MILHARES



Uma questão particularmente complexa em relação à Assistência Farmacêutica nos últimos anos é a chamada judicialização, ou seja, o processo de crescimento das ações judiciais movidas contra o Estado para o fornecimento gratuito de medicamentos. O número de pedidos de fornecimento de medicamentos acolhidos pelo Judiciário tem crescido consideravelmente nos últimos anos no Espírito Santo, a exemplo do que ocorre em todo o Brasil.

Por vezes, as ações versam sobre medicamentos que sequer constam da REMEME, mas que contam com substitutos na lista oficial, com eficácia e segurança comprovadas. O impacto sobre os orçamentos das secretarias de Saúde dos estados tem sido considerável, gerando um processo que, muitas vezes, compromete a programação da política de Assistência Farmacêutica, no sentido de que colide com as prioridades ali estabelecidas. Para se ter uma ideia, em 2008, R\$ 5,7 milhões foram despendidos pela SESA com o aten-

dimento de demandas judiciais, o equivalente a 6% do total gasto no ano com a distribuição de medicamentos e dietas.

Para lidar com essa questão, a SESA criou em 2009 o Fórum Intersetorial Permanente de Assistência Farmacêutica do Espírito Santo (FIPAFES), grupo formado por 14 membros de diversos segmentos da sociedade que discute periodicamente assuntos relacionados com a Assistência Farmacêutica no SUS. O fórum promove discussões e palestras, além de propor medidas para o aprimoramento da área, com especial ênfase à sensibilização de médicos e membros do Poder Judiciário para a promoção do interesse público. Contando com o apoio das secretarias municipais de Saúde, essa iniciativa tem incentivado um diálogo permanente com os membros do Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública e dos profissionais das redes pública e privada, constituindo um elemento essencial do enfrentamento da questão.

DESAFIOS FUTUROS

O enfrentamento dos problemas de saúde e a promoção de uma boa qualidade de vida constituem tarefas dos governos e da sociedade. São extremamente complexas as questões colocadas diante da transição epidemiológica incompleta e do conjunto de variáveis que, de uma forma ou de outra, balizam a estruturação e o alcance das políticas de saúde, como as restrições no plano financeiro, a persistência de situações de pobreza, as deficiências de saneamento, as dificuldades de gestão características do setor público, a pressão de interesses privados sobre as políticas públicas e os hábitos da sociedade, para citar apenas alguns.

As oportunidades, no entanto, também precisam ser ressaltadas. O Brasil mudou sua inserção no cenário internacional nos últimos anos e o Estado do Espírito Santo, em grande medida graças a sua base econômica, tem se beneficiado de forma significativa desse movimento. O Estado experimentou também uma mudança na gestão pública no período mais recente, em contraste com o cenário de desorganização financeira e de deterioração política e administrativa característico dos anos 90 e início da presente década. Essa mudança se fez sentir tanto no plano das contas públicas, que se tornaram muito mais sólidas, como no âmbito da condução das políticas.

Na esfera da saúde, área em que as demandas se manifestam de maneira especialmente premente e os benefícios finais à população requerem a adoção

simultânea de medidas com impactos a curto, médio e longo prazos, sem dúvida uma conquista dos últimos anos foi a estruturação efetiva de uma política. A SESA detém hoje um diagnóstico claro sobre os problemas e as condições do sistema de saúde no Espírito Santo e um plano para o encaminhamento de suas questões fundamentais, além de já contar com vários resultados decorrentes das ações empreendidas nos últimos anos.

As ações a serem desenvolvidas nos próximos anos, entretanto, são muitas.

Em relação à Atenção Primária à Saúde, é preciso manter o apoio que já vem sendo dado aos municípios, viabilizando maior resolubilidade da rede e ampliando seu papel enquanto organizadora do sistema de saúde como um todo.

No plano da construção das redes de atenção regionalizadas, é necessário consolidar a rede de Urgência e Emergência, estendendo a área de abrangência do SAMU, garantindo a estruturação de pontos de assistência hospitalar em todas as regiões do Estado e apoiando os municípios na sua capacidade de disponibilizar assistência através dos Pronto-atendimentos e de lidar com intercorrências médicas.

As redes de atenção à mulher e à criança, que já tiveram seu desenho aprofundado por meio de oficinas que reuniram gestores estaduais e municipais, precisam ser implantadas, seja através da conexão dos serviços já existentes, seja por meio do preenchimento de "vazios assistenciais".

Outras redes temáticas particularmente relevantes, tendo-se em conta o perfil epidemiológico do Estado, e que necessitam ser desenhadas e implantadas, são as de oncologia e saúde mental. Serviços importantes já foram criados ou aperfeiçoados nessas áreas, mas ainda há muito a ser feito em termos de funcionamento sob o conceito de rede regional.

Há também lacunas importantes no segmento de média complexidade. O Estado necessita organizar a assistência no âmbito das consultas e exames especializados, além de garantir uma estrutura permanente de cirurgias eletivas compatíveis com a demanda do sistema. Esse segmento também necessita da estruturação das Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Cirurgias Eletivas.

Outro desafio é dar continuidade às ações no âmbito da qualificação profissional. Muito já foi feito, mas essa é uma área que demanda uma ação forte do Estado, no sentido de garantir que as demandas do sistema de saúde em termos de profissionais possam ser supridas.

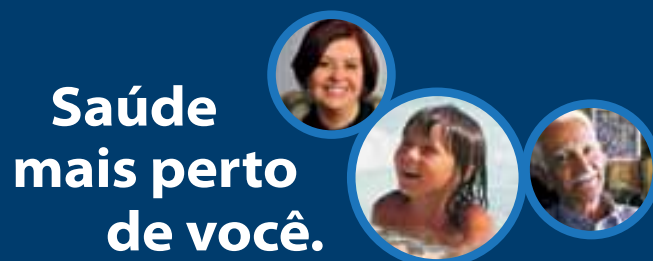
Adicionalmente, a gestão orientada por resultados, que também contou com importantes iniciativas nos últimos anos, precisa ser aprofundada. Em particular, é preciso manter uma postura de aprimoramento contínuo da gestão das unidades próprias, dando continuidade e aprofundando o Projeto INOVAHOSP, bem como aperfeiçoar o processo de con-

tratualização das instituições conveniadas ao SUS no Estado. Isso exigirá que as instâncias institucionais de controle, monitoramento e avaliação da SESA caminhem no sentido de criar uma sistemática de regulação de serviços voltada para atender às necessidades do sistema de saúde e garantir serviços de qualidade cada vez melhor à população.

No âmbito da gestão, é preciso que os municípios avancem no compartilhamento de responsabilidades com a SESA, tanto na esfera da regulação dos serviços de saúde, como fortalecendo o controle sobre os investimentos e a qualidade dos serviços prestados nas diversas regiões de saúde.

Finalmente, cabe aprofundar a atuação da SESA em termos de articulação com outras áreas do poder público estadual e municipal e com segmentos da sociedade civil em torno da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, especialmente em temas como morte por causas violentas, acidentes de trânsito e consumo abusivo de álcool e drogas, que se manifestam de forma particularmente intensa no Estado. São ações de natureza intersetorial, de difícil implementação, mas que podem contribuir de forma muito importante com a política de saúde e a qualidade de vida da população.

Os desafios são muitos, mas o legado da política de saúde capixaba desenvolvida nos últimos anos é justamente o de ter fundado uma base sólida para o seu enfrentamento.



Secretaria
da Saúde



www.es.gov.br