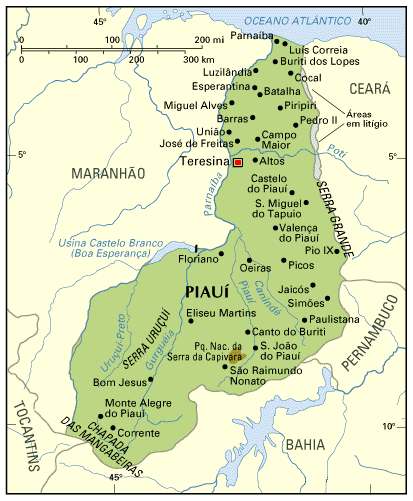
**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**



**Plano Estadual de Saúde**

**2012 a 2015**

**Missão da SES/Pi**

“ Coordenar e implementar a gestão do

Sistema Único de Saúde no Estado, visando

garantir a acessibilidade, o atendimento

humanizado e resolutivo no âmbito das ações

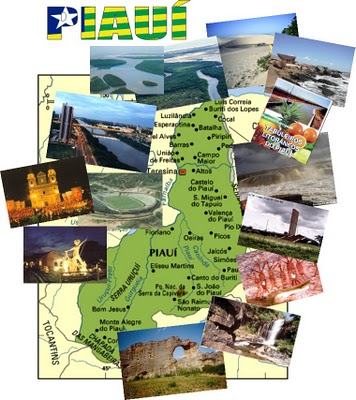
de promoção, prevenção e recuperação da saúde,

bem como, o processo de qualificação da gestão

local do Sistema, na perspectiva de melhoria

dos indicadores de saúde e da qualidade

de vida da população”.



**Valores Institucionais**

Universalidade

Acessibilidade

Integralidade

Continuidade

Responsabilidade

Gestão Participativa

Humanização

Vínculo

Equidade

Transversalidade

Participação Social



**Secretaria Estadual da Saúde do Piauí**

**WILSON NUNESMARTINS**

Governador do Estado do Piauí

**ERNANIPAIVA MAIA**

Secretario de Estado da Saúde do Piauí - Interino

**Equipe Gestora da SES/PI**

**Martha Maria de AlmeidaLira**

Superintendência de Gestão da Administração - SUGAD

**Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé**

Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SUPAT

**Pedro Leopoldino Ferreira Filho**

Superintendência de Organização do Sistema de Saúde das Unidades de Referência - SUPAS

**Vitor Mendes Fernandes**

Diretoria de Unidade de Administração - DUAD

**Noejane Canejo Sampaio**

Fundo Estadual de Saúde - FES

**Ana MariaMenezes Neiva Eulálio Amorim**

Diretoria de Unidade de Planejamento - DUP

**José Richardson da Costa Soares**

Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas - DUGP

**Telma Maria Evangelista de Araújo**

Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde - DUVAS

**Tatiana Vieira Sousa Chaves**

Diretoria de Unidade de Vigilância Sanitária - DIVISA

**Natália Tekeuschi Ayres**

Diretoria de Unidade de Assistência Farmacêutica - DIAFAR

**PatriciaMaria Santos Batista.**

Diretoria de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria – DUCARA

**Telmo Gomes Mesquita**

Diretoria de Unidade de Descentralização e Organização Hospitalar

**Equipe de Elaboração**

Diretoria de Unidade de Planejamento

**APRESENTAÇÃO:**

Com o propósito de orientar a gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Piauí no período de 2012 a 2015, apresenta-se este Plano Estadual de Saúde cujas prioridades focalizam a promoção e/ou ampliação do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde, bem como, o fortalecimento de um modelo de gestão orientado para resultados.

Formalmente criado em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) vem ao longo desses 22 anos acumulando experiências e amadurecendo estratégias de organização e operação de sistemas e serviços de saúde, voltados para o enfrentamento de graves problemas que afetam a qualidade de vida e saúde da população do nosso país.

É consensual que especialmente nos últimos cinco anos,o SUS ampliou e consolidou sua experiência em planejamento tendo por base o fortalecimento e aperfeiçoamento de uma lógica federativa, que enfatizando as especificidades locais e o envolvimento e participação efetiva da sociedade na definição de políticas prioritárias de saúdee modos de intervenção mais consoantes com a realidade local, tem contribuído para reforçar e fortalecer o exercício do controle e da participação social na gestão do Sistema.

Nesse sentido, o Plano Estadual de Saúde do Piauí para o período 2012-2015, ao conformar-se como importante instrumento ou ferramenta de apoio à Gestão Estadual do SUS-Pi, está estruturado em objetivos e diretrizese compreendendo ações estratégicas e compromissos definidos para o setor. Tais compromissos foram firmados a partir da análise situacional do contexto local e da ausculta e escuta aos municípios, quando da realização de eventos,encontros fóruns e oficinas de trabalho envolvendo as Secretarias Municipais de Saúde. Promovidos e/ou realizados pela SES-Pitais eventos promoveram a discussão de temáticas na área da saúde,produzindo como resultado desse processo coletivo de discussão, a materialização deste documento,a ser discutido e aprovado no Conselho Estadual de Saúde (CES).

O marco inicial e formal de elaboração do PESpode ser situado em agosto de 2011, quando foram disparadas as ações de construção do Plano Plurianual (PPA) – instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros setoriais para o período de quatro anos, na perspectiva de integração entre planejamento e orçamento estadual e federal. Esse processo foi decisivo na conformação do PES, na medida em que se configura como essencial, a compatibilização das prioridades constantes nos distintos instrumentos de planejamento e gestão pública.

A construção do PES contemplou ainda, as atuais diretrizes técnicas e normativas do Ministério da Saúde,principalmente ao tomar como referência e modelo o Plano Nacional de Saúde proposto pelo ministério para o período de 2012-2015. Além disso,no estabelecimento das prioridades,objetivos e diretrizes do PES, considerou-se um conjunto de demandas e necessidades expressas pelos 224 municípios quando da realização de discussões técnicas e políticasacerca dos grandes desafios que conformam a agenda do SUS no estado do Piauí, especialmente por ocasião da VI Conferência Estadual de Saúde.

Resultado, portanto, do acúmulo de debates, este Plano apresenta-se estruturado em duas partes. A primeira destaca o resumo das condições de saúde da população piauiense, o acesso às ações e serviços e questões estratégicas para a gestão do SUS. A segunda aponta as diretrizes e metas a serem alcançadas que contribuirão para o alcance do objetivo de aprimoramento do SUS, visando o acesso universal, de qualidade, em tempo oportuno contribuindo, dessa forma, para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos piauienses.



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**

**Secretaria de Estado da Saúde**

**SUMÁRIO**

1. Apresentação
2. Análise da Situação de Saúde do Estado
3. Propostas Aprovadas na VI Conferencia Estadual de Saúde
4. Compromissos da Gestão para o período 2012 – 2015
   1. Correlação entre as Diretrizes do PES e os Programas/Objetivos do PPA
   2. Detalhamento do PES

4.2.1EIXO 1 – Atenção Integral à Saúde

4.2.1.1 Objetivos

4.2.1.2 Diretrizes

4.2.1.3 Metas

4.2.2EIXO 2 - Vigilância à Saúde

4.2.2.1 Objetivos

4.2.2.2 Diretrizes

4.2.2.3 Metas

4.2.3EIXO 3 – Gestão em Saúde

4.2.3.1 Objetivos

4.2.3.2 Diretrizes

4.2.3.3 Metas

1. Monitoramento eAvaliação

**ANÁLISE SITUACIONAL**

**DE SAÚDE**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE:**

O Sistema Estadual de Saúde do Piauí apesar dos inúmeros problemas relacionados à qualidade da atenção à saúde prestada a população; à fragilidade do controle social exercido pela população em geral e qualidade dos processos de gestão; vem sendo estruturado no âmbito do SUS, na perspectiva de garantir a população o acesso igualitário a uma atenção integral à saúde que priorize o aprimoramentoda eficiência e da resolutividade frente às diferentes situações e demandas dos usuários.

Constituído pelo conjunto dos sistemas municipais, o Sistema Estadual de Saúde personificado na ação gestora da Secretaria Estadual da Saúde e resguardando as especificidades e competências que lhe são pertinentes enquanto aglutinadora e consolidadora das demandas e da oferta de alternativas para atendimento às distintas necessidades da população, observa na sua lógica de estruturação e organização, a premissa da complexidade crescente, portanto, da hierarquização do cuidado. Nesse sentido tem fomentado, estimulado e apoiado as esferas locais(Municípios), para assumirem as responsabilidades que lhe são próprias enquanto parceiras e instâncias fundamentais na estruturação e consolidação do Sistema Único de Saúde.

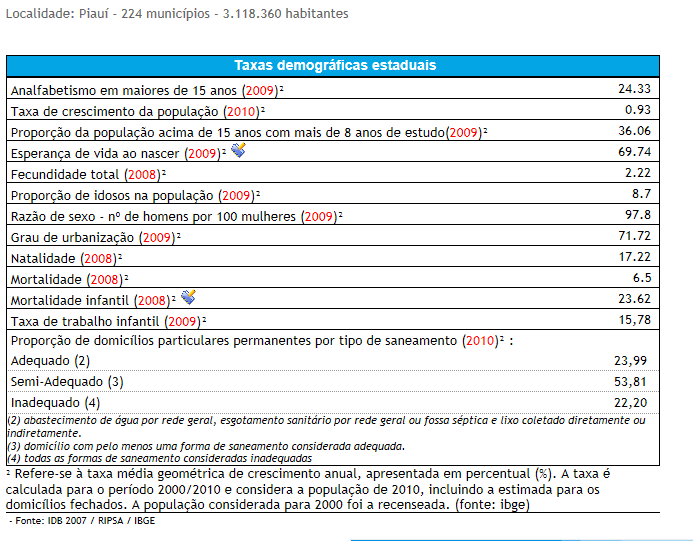
Sem prejuízo da prestação de serviços assistenciais de média e alta complexidade e, coerentemente com a lógica da hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, a Secretaria Estadual tem investido no sentido de apoiar os municípios na priorização das ações de promoção e prevenção da saúde. Assim, enquanto coordenadora estadual do SUSvem desenvolvendo esforços no sentido de consolidar um conjunto de estratégias capazes de viabilizar a mudança efetiva do Modelo Assistencial Curativo para um enfoque ou um Novo Modelo de Atenção, que tenha na Prevenção e na Promoção da Saúde o foco central de organização dos serviços reafirmando nesse processo, a responsabilidade precípua de materializar uma política pública de saúde regida pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde.

Reconhecido como sendo a Política Pública de maior potencial para alcançar a universalização do acesso à atenção integral à saúde, o SUS enfatiza nas ações empreendidas pelas instâncias gestoras (Estado e Municípios), a necessidade de uma prestação de serviços humanizada,acessível e resolutiva.

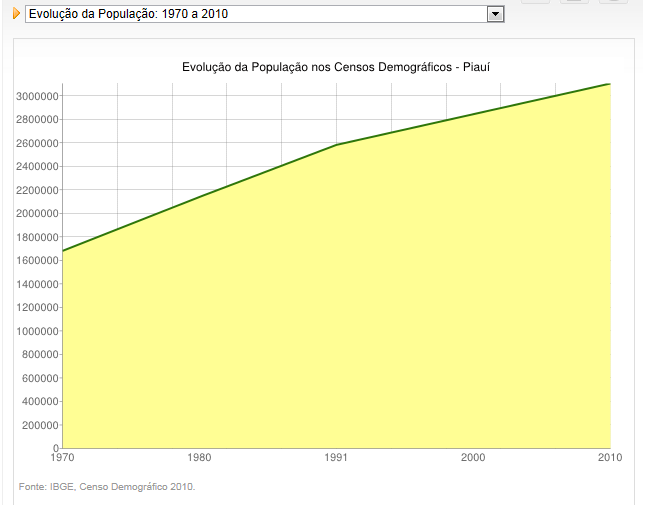
Em direção ao alcance desse propósito, a Secretaria Estadual de Saúde do Piauíintensifica esforços para o ajuste organizacional oportunizando o aprimoramento da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde em todos os níveis de atenção contemplando a integralidade da atenção, a qualidade de vida e a melhoria nas condições de saúde da população.

1. **DADOS GERAIS:**

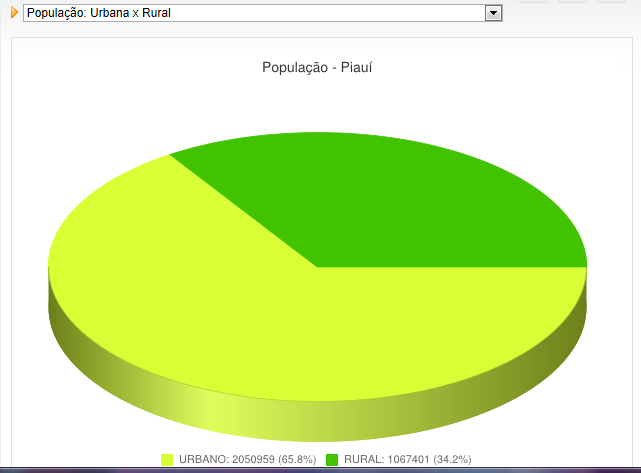




**Evolução da População: 1970 a 2010**



**Distribuição Populacional**:**População Urbana x Rural**



População Urbana: 2.050.959 hab. (65%)

População Rural: 1.067.401 hab. (32%)

População Masculina:1.528.422 (49%)

População Feminina:1.589.938 (51%)

Pop. Masculina: Urbana x Rural

Urbana =973.279 (63%)

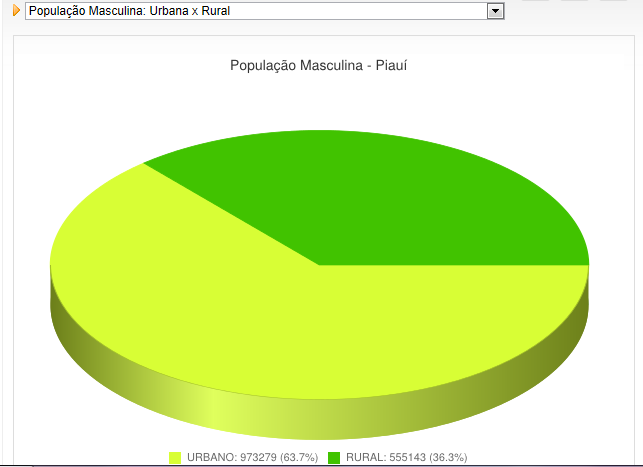
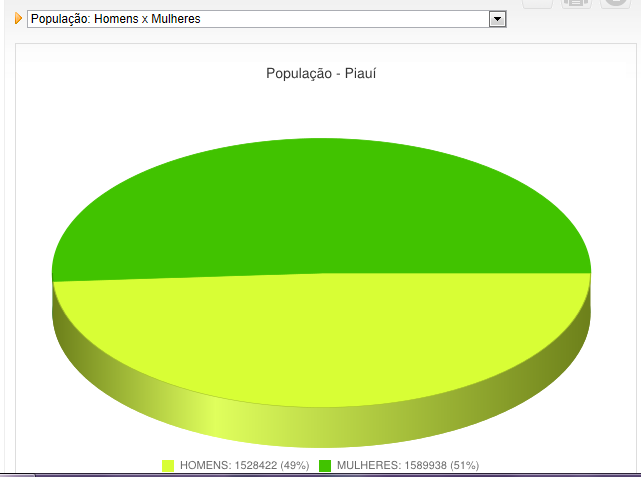
Rural =555.143 ( 36,3%)

Pop. Feminina: Urbana x Rural

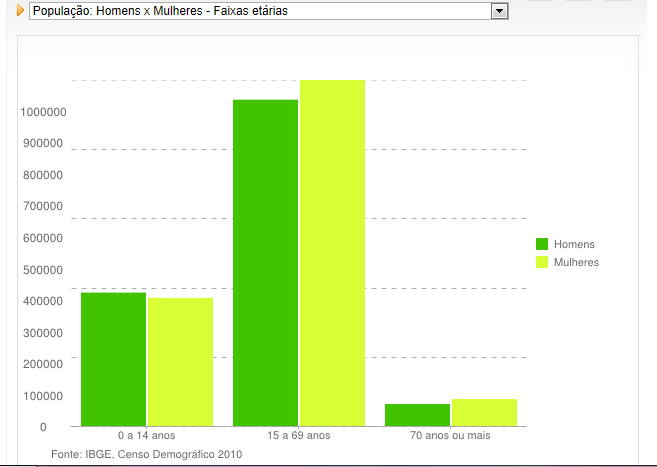
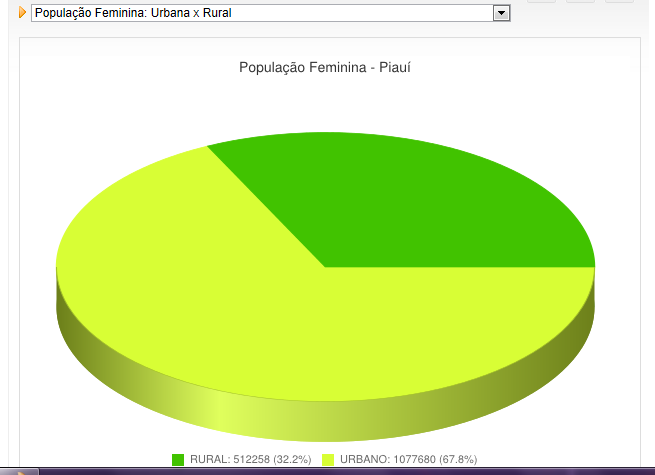
Urbana = 1.077.680 ( 67,8%)

Rural = 512.258 (32,2%)

**População Homens x Mulheres Pop.Masculina:Urbana x Rural**



**Pop.Feminina:Urbana x Rural Pop. Homens x Mulheres-Faixa Etária**



**Aspectos Demográficos:**

A Figura 1 apresenta a distribuição proporcional da população residente no estado do Piauí segundo faixa etária para cada um dos três anos de contagem (censo). Observa-se que ocorre uma redução progressiva da população menor de 15 anos entre os três diferentes anos de contagem, principalmente na faixa etária de 1 a 14 anos entre os censos de 1991 e 2000. De maneira inversa, observa-se aumento progressivo na proporção da população com idade maior ou igual a 20 anos nos três períodos de realização da contagem.

Figura 1 – População residente segundo faixa etária e ano da contagem (censo). Piauí, 1980, 1991, 2000.



Fonte: DATASUS.

Por meio da Tabela 1, pode-se observar a composição etária da população piauiense, bem como a variação da mesma no período estudado. A faixa etária que apresentou maior redução compreendeu as crianças de 1 a 4 anos (-4,5%), seguidas das crianças de 5 a 9 anos (-4,1%). Considerando o total de crianças menores de 10 anos, a redução foi de 10,2% entre 1980 e 2007. Por outro lado, o grupo etário com maior crescimento correspondeu aos adultos jovens de 30 a 39 anos (2,9%). Considerando toda a população com idade maior ou igual a 60 anos, o crescimento neste grupo etário foi da ordem de 2,7%, constituindo o segundo grupo etário com maior crescimento na composição etária do Piauí.

Tabela 1 – População residente segundo faixa etária e ano da contagem ou projeção. Piauí, 1980, 1991, 2000, 2007

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Faixa etária (anos)** | **1980** | | **1991** | | **2000** | | **2007** | | **Variação 1980-2007** |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| < 1 | 77.310 | 3,6 | 63.771 | 2,5 | 58.167 | 2,0 | 62.724 | 2,0 | -1,6 |
| 1 a 4 | 280.427 | 13,1 | 277.456 | 10,7 | 243.787 | 8,6 | 262.698 | 8,6 | -4,5 |
| 5 a 9 | 314.664 | 14,7 | 364.924 | 14,1 | 302.741 | 10,6 | 325.954 | 10,6 | -4,1 |
| 10 a 14 | 297.665 | 13,9 | 352.922 | 13,7 | 349.797 | 12,3 | 376.488 | 12,3 | -1,6 |
| 15 a 19 | 256.161 | 12,0 | 300.734 | 11,6 | 345.590 | 12,2 | 372.533 | 12,2 | 0,2 |
| 20 a 29 | 317.798 | 14,9 | 412.218 | 16,0 | 483.974 | 17,0 | 523.620 | 17,1 | 2,2 |
| 30 a 39 | 212.066 | 9,9 | 287.941 | 11,2 | 362.171 | 12,7 | 391.816 | 12,8 | 2,9 |
| 40 a 49 | 154.782 | 7,2 | 208.043 | 8,1 | 271.682 | 9,6 | 293.322 | 9,6 | 2,3 |
| 50 a 59 | 106.272 | 5,0 | 142.881 | 5,5 | 188.415 | 6,6 | 202.500 | 6,6 | 1,6 |
| 60 a 69 | 72.322 | 3,4 | 98.033 | 3,8 | 130.560 | 4,6 | 139.895 | 4,6 | 1,2 |
| 70 a 79 | 39.178 | 1,8 | 53.483 | 2,1 | 74.211 | 2,6 | 79.439 | 2,6 | 0,8 |
| 80 e + | 8.745 | 0,4 | 19.731 | 0,8 | 32.183 | 1,1 | 34.470 | 1,1 | 0,7 |
| **Total** | **2.139.196** | **100,0** | **2.582.137** | **100,0** | **2.843.278** | **100,0** | **3.065.459** | **100,0** | **-** |

Fonte: DATASUS.

Considerando a distribuição da população segundo faixa etária e sexo, observa-se predomínio do número de mulheres em relação ao número de homens, embora esse predomínio seja discreto ao longo do tempo. Em ambos os sexos, percebe-se redução na proporção de pessoas com menos de 15 anos e aumento na proporção de pessoas com idade maior ou igual a 15 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - População residente segundo sexo e faixa etária. Piauí, 1980, 1991, 2000 e 2007.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sexo** | **Faixa etária (anos)** | **1980** | | **1991** | | **2000** | | **2007** | |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Masculino | < 1 | 39.024 | 3,7 | 32.237 | 2,6 | 29.342 | 2,1 | 31.641 | 2,1 |
| 1 a 4 | 140.656 | 13,4 | 140.295 | 11,1 | 124.119 | 8,9 | 133.756 | 8,9 |
| 5 a 9 | 158.555 | 15,1 | 184.608 | 14,6 | 153.509 | 11,0 | 165.266 | 11,0 |
| 10 a 14 | 147.499 | 14,1 | 175.344 | 13,9 | 176.263 | 12,6 | 189.700 | 12,6 |
| 15 a 19 | 125.002 | 11,9 | 147.650 | 11,7 | 174.688 | 12,5 | 188.094 | 12,5 |
| 20 a 29 | 149.098 | 14,2 | 194.784 | 15,4 | 236.892 | 17,0 | 255.888 | 17,0 |
| 30 a 39 | 101.654 | 9,7 | 135.692 | 10,8 | 173.183 | 12,4 | 187.089 | 12,4 |
| 40 a 49 | 74.839 | 7,1 | 100.097 | 7,9 | 129.138 | 9,2 | 139.316 | 9,2 |
| 50 a 59 | 52.875 | 5,0 | 68.197 | 5,4 | 90.025 | 6,4 | 96.691 | 6,4 |
| 60 a 69 | 35.065 | 3,3 | 47.781 | 3,8 | 61.484 | 4,4 | 65.793 | 4,4 |
| 70 a 79 | 19.725 | 1,9 | 25.604 | 2,0 | 35.249 | 2,5 | 37.661 | 2,5 |
| 80 e + | 3.981 | 0,4 | 8.989 | 0,7 | 14.398 | 1,0 | 15.381 | 1,0 |
| **Subtotal** | **1.048.878** | **100,0** | **1.261.278** | **100,0** | **1.398.290** | **100,0** | **1.506.276** | **100,0** |
| Feminino | < 1 | 38.286 | 3,5 | 31.534 | 2,4 | 28.825 | 2,0 | 31.083 | 2,0 |
| 1 a 4 | 139.771 | 12,8 | 137.161 | 10,4 | 119.668 | 8,3 | 128.942 | 8,3 |
| 5 a 9 | 156.109 | 14,3 | 180.316 | 13,7 | 149.232 | 10,3 | 160.688 | 10,3 |
| 10 a 14 | 150.166 | 13,8 | 177.578 | 13,4 | 173.534 | 12,0 | 186.788 | 12,0 |
| 15 a 19 | 131.159 | 12,0 | 153.084 | 11,6 | 170.902 | 11,8 | 184.439 | 11,8 |
| 20 a 29 | 168.700 | 15,5 | 217.434 | 16,5 | 247.082 | 17,1 | 267.732 | 17,2 |
| 30 a 39 | 110.412 | 10,1 | 152.249 | 11,5 | 188.988 | 13,1 | 204.727 | 13,1 |
| 40 a 49 | 79.943 | 7,3 | 107.946 | 8,2 | 142.544 | 9,9 | 154.006 | 9,9 |
| 50 a 59 | 53.397 | 4,9 | 74.684 | 5,7 | 98.390 | 6,8 | 105.809 | 6,8 |
| 60 a 69 | 37.257 | 3,4 | 50.252 | 3,8 | 69.076 | 4,8 | 74.102 | 4,8 |
| 70 a 79 | 19.453 | 1,8 | 27.879 | 2,1 | 38.962 | 2,7 | 41.778 | 2,7 |
| 80 e + | 4.764 | 0,4 | 10.742 | 0,8 | 17.785 | 1,2 | 19.089 | 1,2 |
| **Subtotal** | **1.090.318** | **100,0** | **1.320.859** | **100,0** | **1.444.988** | **100,0** | **1.559.183** | **100,0** |
| **Total** | | **2.139.196** | **-** | **2.582.137** | **-** | **2.843.278** | **-** | **3.065.459** | **-** |

Os dados aqui apresentados servem para ilustrar o fenômeno conhecido como “transição demográfica”, que pode ser definida como um processo de modernização global com base em determinado padrão demográfico “tradicional”, até sua conversão em um padrão demográfico moderno (Chesnais, 1992 *apud* Paes-Sousa, 2002). O padrão tradicional é caracterizado por altos níveis de mortalidade e de fecundidade e o moderno caracteriza-se por baixos níveis em relação aos dois elementos da dinâmica populacional citados.

Desde a década de 1940, a população brasileira vem sofrendo uma queda acentuada nos níveis de mortalidade. A fecundidade, por outro lado, só apresentou reduções significativas a partir dos anos 1960. Dentro outros fatores, a redução da mortalidade e da fecundidade apresenta efeitos diretos na esperança de vida ao nascer. No Brasil, a esperança de vida ao nascer variou de 61,7 anos, em 1980, para 68,6 anos, no ano 2000. As regiões Norte e Nordeste apresentaram os maiores ganhos em anos de vida. Para o ano 2000, a esperança de vida ao nascer foi estimada em 65,8 anos para a região Nordeste (Ministério da Saúde, 2004).

Embora todos os grupos etários apresentem importância numérica para fins de planejamento da atenção à saúde, as mudanças marcantes na composição etária evidenciam o envelhecimento da população (aumento da proporção de pessoas idosas) e a redução da participação dos mais jovens na estrutura etária da população em estudo.

**Morbidade**

A Tabela 3 apresenta a freqüência e distribuição proporcional das hospitalizações financiadas pelo SUS para a população do estado do Piauí no período de 2000 a 2007. No início da série história, no ano 2000, as principais causas de hospitalização incluíam as doenças do aparelho respiratório (26,7%) em primeiro lugar, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias (17,2%) e doenças do aparelho circulatório (12%).

No decorrer do período analisado, observa-se redução na participação de algumas patologias, ao passo em que outras apresentam acréscimo na participação do panorama de hospitalizações. Assim, em 2007, as doenças infecciosas e parasitárias chegam a ocupar a primeira posição, com 22,4% das hospitalizações ocorridas no sistema público de saúde. De maneira inversa, observa-se decréscimo nas internações decorrentes de doenças do aparelho respiratório (18,9%) e do aparelho circulatório (10%).

Mudanças também foram observadas para os demais tipos de patologia. Vale destacar o acréscimo de internações observado para os seguintes grupos de doenças: neoplasias (de 3,4% para 5,7%), doenças endócrinas, dentre as quais, destaca-se o *diabetes mellitus* (de 2,4% para 3,1%), doenças do aparelho digestivo (de 9,3% para 11,2%), bem como as causas externas, ou seja, os acidentes e violências (de 4,2% para 6,4%) (Tabela 3).

A Figura 2 ilustra a evolução do padrão de hospitalizações para os oito primeiros grupos de doenças no período de 2000 a 2007 no estado do Piauí. Doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório, e geniturinário apresentam um decréscimo, enquanto as demais causas apresentam um crescimento na proporção de internações ao longo do tempo.

Analisando a distribuição das principais causas de hospitalização segundo o sexo, observa-se um padrão semelhante. No último ano da série estudada, as principais causas de hospitalização entre os homens incluem: doenças infecciosas e parasitárias (21,6%), do aparelho respiratório (20,5%), do aparelho digestivo (10,7%), do aparelho circulatório (10,3%) e as causas externas (9,8%). Entre as mulheres, citam-se: doenças infecciosas e parasitárias (23,2%), do aparelho respiratório (17,5%), do aparelho geniturinário (12,1%), digestivo (11,6%), do aparelho circulatório (10,4%). No sexo feminino, as causas externas foram responsáveis por 3,3% das hospitalizações, proporção inferior em relação aos homens (9,8%), mas apresentou maior proporção de internações decorrentes de neoplasias (6,8%) (Tabela 4 –página seguinte).

Tabela 3 – Freqüência e percentual de hospitalizações segundo capítulos da CID-10\* e ano. Piauí, 2000-2007.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capítulos CID-10** | **2000** | | **2001** | | **2002** | | **2003** | | **2004** | | **2005** | | **2006** | | **2007** | |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| I. Doenças infecciosas e parasitárias | 33.689 | 17,2 | 34.851 | 18,8 | 44.743 | 24,1 | 46.261 | 25,4 | 36.515 | 22,0 | 36.793 | 22,7 | 39.636 | 25,0 | 35.582 | 22,4 |
| II. Neoplasias (tumores) | 6.730 | 3,4 | 6.584 | 3,5 | 7.893 | 4,3 | 8.252 | 4,5 | 7.760 | 4,7 | 7.400 | 4,6 | 7.998 | 5,0 | 9.057 | 5,7 |
| III. Doen sangue órgãos hemat e transtimunitár | 1.124 | 0,6 | 1.303 | 0,7 | 1.262 | 0,7 | 1.365 | 0,8 | 1.560 | 0,9 | 1.612 | 1,0 | 1.541 | 1,0 | 1.584 | 1,0 |
| IV. Doen endócrinas nutricionais e metabólicas | 4.728 | 2,4 | 4.885 | 2,6 | 5.073 | 2,7 | 5.057 | 2,8 | 4.724 | 2,8 | 4.684 | 2,9 | 4.728 | 3,0 | 4.839 | 3,1 |
| V.Transtornos mentais e comportamentais | 6.209 | 3,2 | 5.581 | 3,0 | 5.338 | 2,9 | 5.647 | 3,1 | 5.300 | 3,2 | 5.058 | 3,1 | 4.982 | 3,1 | 4.883 | 3,1 |
| VI. Doen do sistema nervoso | 2.857 | 1,5 | 2.301 | 1,2 | 1.662 | 0,9 | 1.662 | 0,9 | 1.796 | 1,1 | 1.917 | 1,2 | 2.098 | 1,3 | 2.158 | 1,4 |
| VII.Doen do olho e anexos | 3.775 | 1,9 | 2.857 | 1,5 | 2.156 | 1,2 | 1.089 | 0,6 | 754 | 0,5 | 1.014 | 0,6 | 1.372 | 0,9 | 1.320 | 0,8 |
| VIII.Doen do ouvido e da apófise mastóide | 93 | 0,0 | 55 | 0,0 | 79 | 0,0 | 80 | 0,0 | 74 | 0,0 | 82 | 0,1 | 60 | 0,0 | 74 | 0,0 |
| IX. Doen do aparelho circulatório | 23.533 | 12,0 | 22.475 | 12,1 | 18.515 | 10,0 | 18.045 | 9,9 | 17.493 | 10,5 | 17.642 | 10,9 | 15.910 | 10,0 | 16.391 | 10,3 |
| X. Doen do aparelho respiratório | 52.438 | 26,7 | 45.290 | 24,4 | 44.333 | 23,9 | 40.996 | 22,5 | 38.030 | 22,9 | 35.075 | 21,6 | 29.718 | 18,7 | 29.991 | 18,9 |
| XI. Doen do aparelho digestivo | 18.174 | 9,3 | 18.152 | 9,8 | 18.787 | 10,1 | 19.004 | 10,4 | 17.719 | 10,7 | 17.248 | 10,6 | 17.194 | 10,8 | 17.718 | 11,2 |
| XII.Doen da pele e do tecido subcutâneo | 2.309 | 1,2 | 2.429 | 1,3 | 1.496 | 0,8 | 1.398 | 0,8 | 2.107 | 1,3 | 2.405 | 1,5 | 2.306 | 1,5 | 2.383 | 1,5 |
| XIII.Doensist osteomuscular e tec conjuntivo | 3.564 | 1,8 | 3.528 | 1,9 | 3.754 | 2,0 | 3.638 | 2,0 | 3.420 | 2,1 | 3.138 | 1,9 | 2.754 | 1,7 | 2.783 | 1,8 |
| XIV.Doen do aparelho geniturinário | 19.435 | 9,9 | 17.439 | 9,4 | 15.647 | 8,4 | 15.578 | 8,6 | 15.111 | 9,1 | 14.522 | 9,0 | 14.453 | 9,1 | 14.135 | 8,9 |
| XVI.Algumasafecorig no período perinatal | 2.962 | 1,5 | 3.644 | 2,0 | 2.852 | 1,5 | 2.118 | 1,2 | 2.120 | 1,3 | 2.109 | 1,3 | 2.416 | 1,5 | 2.465 | 1,6 |
| XVII.Malfcongdeformid e anom cromossômicas | 1.386 | 0,7 | 1.243 | 0,7 | 1.253 | 0,7 | 1.241 | 0,7 | 1.178 | 0,7 | 1.000 | 0,6 | 1.053 | 0,7 | 1.087 | 0,7 |
| XVIII.Sint sinais e achadanormexclín e laborat | 1.993 | 1,0 | 1.844 | 1,0 | 1.312 | 0,7 | 1.023 | 0,6 | 955 | 0,6 | 809 | 0,5 | 818 | 0,5 | 706 | 0,4 |
| XIX.Lesõesenven e alg out conseq causas externas | 8.206 | 4,2 | 8.446 | 4,5 | 8.217 | 4,4 | 8.785 | 4,8 | 8.947 | 5,4 | 8.569 | 5,3 | 8.466 | 5,3 | 10.124 | 6,4 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 386 | 0,2 | 398 | 0,2 | 90 | 0,0 | 2 | 0,0 | 1 | 0,0 | 3 | 0,0 | 3 | 0,0 | 4 | 0,0 |
| XXI.Contatos com serviços de saúde | 2.699 | 1,4 | 2.332 | 1,3 | 887 | 0,5 | 669 | 0,4 | 785 | 0,5 | 1.015 | 0,6 | 1.219 | 0,8 | 1.303 | 0,8 |
| Total | 196.290 | 100,0 | 185.637 | 100,0 | 185.349 | 100,0 | 181.910 | 100,0 | 166.349 | 100,0 | 162.095 | 100,0 | 158.725 | 100,0 | 158.587 | 100,0 |

\*CID-10 = Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 10ª revisão.

Fonte: DATASUS.

Figura 2 - Distribuição proporcional de hospitalizações segundo capítulo da CID-10\* e ano. Piauí, 2000-2007.



\*CID-10 = Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 10ª revisão.Nota: Excluído gravidez, parto e puerpério

Tabela 4 – Distribuição proporcional das principais hospitalizações segundo capítulo da CID-10\* e ano. Piauí, 2000-2007.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sexo** | **Capítulo CID-10 Masculino** | **2000** | **2001** | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** | **2006** | **2007** |
| Masculino | X. Doenças do aparelho respiratório | 29,2 | 26,3 | 25,9 | 24,7 | 24,1 | 22,9 | 20,1 | 20,5 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 18,5 | 19,6 | 22,4 | 23,3 | 21,8 | 22,3 | 24,5 | 21,6 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 9,6 | 10,3 | 10,1 | 10,0 | 10,3 | 10,7 | 10,2 | 10,3 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 9,0 | 9,8 | 10,4 | 10,4 | 10,4 | 10,5 | 10,7 | 10,7 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | 6,3 | 6,8 | 6,8 | 7,5 | 8,3 | 8,3 | 8,4 | 9,8 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 4,6 | 4,8 | 4,8 | 5,3 | 5,2 | 5,4 | 4,9 | 5,3 |
| V.Transtornos mentais e comportamentais | 4,3 | 3,9 | 3,8 | 4,2 | 4,3 | 4,1 | 4,2 | 4,1 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 2,1 | 1,6 | 1,3 | 0,6 | 0,5 | 0,7 | 1,0 | 0,9 |
| II. Neoplasias (tumores) | 2,5 | 2,3 | 3,2 | 3,3 | 3,5 | 3,1 | 3,8 | 4,5 |
| XIII.Doençassist osteomuscular e tec conjuntivo | 2,2 | 2,3 | 2,4 | 2,4 | 2,3 | 2,2 | 2,0 | 1,9 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 2,3 | 2,4 | 2,5 | 2,6 | 2,5 | 2,6 | 2,7 | 2,7 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 1,4 | 1,4 | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| Feminino | X. Doenças do aparelho respiratório | 24,6 | 22,8 | 22,2 | 20,7 | 21,8 | 20,5 | 17,5 | 17,5 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 16,1 | 18,0 | 25,6 | 27,2 | 22,1 | 23,0 | 25,4 | 23,2 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 14,2 | 13,3 | 11,5 | 11,3 | 12,5 | 12,2 | 12,7 | 12,1 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 9,5 | 9,7 | 9,9 | 10,5 | 10,9 | 10,7 | 10,9 | 11,6 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 14,0 | 13,6 | 9,9 | 9,9 | 10,7 | 11,0 | 9,9 | 10,4 |
| II. Neoplasias (tumores) | 4,2 | 4,6 | 5,2 | 5,5 | 5,7 | 5,9 | 6,1 | 6,8 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | 2,5 | 2,7 | 2,4 | 2,6 | 2,7 | 2,6 | 2,6 | 3,3 |
| V.Transtornos mentais e comportamentais | 2,2 | 2,3 | 2,1 | 2,2 | 2,2 | 2,2 | 2,2 | 2,2 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 1,8 | 1,5 | 1,1 | 0,6 | 0,4 | 0,6 | 0,8 | 0,7 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 2,5 | 2,8 | 2,9 | 2,9 | 3,1 | 3,2 | 3,2 | 3,4 |
| XIII.Doençassist osteomuscular e tec conjuntivo | 1,5 | 1,6 | 1,7 | 1,7 | 1,8 | 1,7 | 1,5 | 1,7 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 1,3 | 1,1 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,5 | 0,7 | 0,8 |
| XVI. Algumas afec originadas no período pré-natal | 1,4 | 1,8 | 1,5 | 1,3 | 1,5 | 1,6 | 2,0 | 1,8 |

\*CID-10 = Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 10ª revisão.

Nota: Excluído gravidez, parto e puerpério - Fonte: DATASUS

**Mortalidade:**

A partir dos dados obtidos pelas declarações de óbito, é possível acompanhar o perfil da mortalidade em uma determinada região. No início do período estudado, as principais causas de morte incluíam: doenças do aparelho circulatório (23,5%), causas externas (8,9%), neoplasias (7,5%), afecções originadas no período perinatal (6,8%), as doenças do aparelho respiratório (6%) e as doenças infecciosas e parasitárias (4,9%). Acompanhando a série histórica, percebem diversas mudanças, que resultam no seguinte padrão: as doenças do aparelho cardiovascular (36,3%) continuam a liderar as causas de morte, seguidas das neoplasias (12,7%), que passaram de terceiro ao segundo lugar, e das causas externas (11%), em terceiro. As doenças do aparelho respiratório (7%) passam a ocupar a quarta posição, acompanhadas de perto das doenças metabólicas (6,6%), como o *diabetes mellitus* (Tabela 5).

Com base nesses dados, percebe-se importante melhoria na qualidade da informação, pois se verifica redução na proporção de óbitos por causas mal definidas (Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais), passando de 30,7%, em 2000, para 4,3%, em 2007 (Tabela 5).

A Figura 3 representa a evolução do perfil de mortalidade no estado do Piauí no período de 2000 a 2007. Observa-se uma tendência crescente na proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, enquanto os óbitos por doenças do aparelho respiratório mantêm-se estáveis. Por outro lado, destaca-se a redução na proporção de óbitos cuja causa não foi esclarecida, indicando a expressiva melhoria na qualidade do dado referente à causa básica de morte.

A Tabela 6 apresenta a distribuição proporcional das principais causas de óbito entre os sexos, o que permite identificar padrões de mortalidade diferentes. No último ano, as principais causas de morte no sexo masculino incluíram: doenças do aparelho circulatório (34,4%), causas externas – acidentes e violências – (15,8%), neoplasias (11,7%), doenças do aparelho respiratório (6,5%) e do aparelho digestivo (5,6%). No sexo feminino, a principal causa de morte também inclui as doenças do aparelho circulatório (39%), mas apresenta um padrão bastante diferente em relação aos homens no que se refere as demais causas, que são, na ordem decrescente: neoplasias (14,1%), doenças metabólicas (9%), doenças do aparelho respiratório (7,7%) e causas externas (4,6%).

A Figura 4 apresenta a distribuição da mortalidade infantil proporcional, segundo a faixa etária, no período de 2000 a 2007. Verifica-se que o componente neonatal precoce tem predominado em todos os anos, no entanto percebe-se um discreto aumento quando comparado ao primeiro ano. O componente pós-neonatal tem ocupado a segunda posição e apresentado uma redução ao longo do tempo, variando de 34,5% no ano 2000 para 27,1% em 2007. Para o componente neonatal tardio, os dados apontam um pequeno crescimento.

A razão de morte materna, calculada a partir dos óbitos de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos em relação ao total de nascidos vivos por 100 mil, retrata as iniqüidades existentes em uma sociedade. A Figura 5 aponta a tendência da razão da morte materna no estado do Piauí no período em estudo. É visível o aumento ocorrido no ano de 2005. Tal aumento deveu-se à implantação da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e um acompanhamento sistemático por parte do Comitê de Morte Materna, Coordenação Saúde da Mulher e Coordenação de Análise, Divulgação de Situação e Tendência de Saúde junto às investigações realizadas, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade da informação.

Tabela 5 – Freqüência e proporção de óbitos segundo capítulos da CID-10\* e ano. Piauí, 2000-2007.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capítulos CID-10** | **2000** | | **2001** | | **2002** | | **2003** | | **2004** | | **2005** | | **2006** | | **2007** | |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 564 | 4,9 | 528 | 4,2 | 588 | 4,5 | 593 | 4,3 | 522 | 3,8 | 579 | 4,1 | 655 | 4,6 | 605 | 4,2 |
| II. Neoplasias (tumores) | 873 | 7,5 | 987 | 7,9 | 1.088 | 8,3 | 1.179 | 8,5 | 1.162 | 8,5 | 1.301 | 9,1 | 1.622 | 11,4 | 1.845 | 12,7 |
| III. Doen sangue órgãos hemat e transtimunitár | 49 | 0,4 | 50 | 0,4 | 80 | 0,6 | 103 | 0,7 | 84 | 0,6 | 76 | 0,5 | 85 | 0,6 | 84 | 0,6 |
| IV. Doen endócrinas nutricionais e metabólicas | 461 | 4,0 | 483 | 3,9 | 591 | 4,5 | 615 | 4,4 | 675 | 5,0 | 695 | 4,9 | 907 | 6,4 | 961 | 6,6 |
| V.Transtornos mentais e comportamentais | 34 | 0,3 | 54 | 0,4 | 101 | 0,8 | 94 | 0,7 | 82 | 0,6 | 117 | 0,8 | 211 | 1,5 | 241 | 1,7 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 117 | 1,0 | 132 | 1,1 | 144 | 1,1 | 152 | 1,1 | 169 | 1,2 | 161 | 1,1 | 247 | 1,7 | 229 | 1,6 |
| VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 0,0 | 2 | 0,0 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 2.728 | 23,5 | 3.178 | 25,4 | 3.430 | 26,2 | 3.692 | 26,6 | 3.659 | 26,9 | 4.096 | 28,7 | 4.952 | 34,8 | 5.264 | 36,3 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 697 | 6,0 | 797 | 6,4 | 885 | 6,8 | 887 | 6,4 | 920 | 6,8 | 919 | 6,4 | 1.020 | 7,2 | 1.016 | 7,0 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 384 | 3,3 | 396 | 3,2 | 472 | 3,6 | 530 | 3,8 | 524 | 3,9 | 593 | 4,2 | 724 | 5,1 | 738 | 5,1 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 5 | 0,0 | 15 | 0,1 | 20 | 0,2 | 19 | 0,1 | 25 | 0,2 | 15 | 0,1 | 20 | 0,1 | 32 | 0,2 |
| XIII.Doençassist osteomuscular e tec conjuntivo | 22 | 0,2 | 26 | 0,2 | 37 | 0,3 | 41 | 0,3 | 37 | 0,3 | 42 | 0,3 | 54 | 0,4 | 88 | 0,6 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 120 | 1,0 | 136 | 1,1 | 154 | 1,2 | 166 | 1,2 | 193 | 1,4 | 181 | 1,3 | 230 | 1,6 | 256 | 1,8 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 45 | 0,4 | 47 | 0,4 | 47 | 0,4 | 35 | 0,3 | 44 | 0,3 | 59 | 0,4 | 44 | 0,3 | 38 | 0,3 |
| XVI. Algumas afecorig no período perinatal | 792 | 6,8 | 753 | 6,0 | 683 | 5,2 | 708 | 5,1 | 674 | 5,0 | 691 | 4,8 | 650 | 4,6 | 676 | 4,7 |
| XVII.Malfcongdeformid e anom cromossômicas | 130 | 1,1 | 121 | 1,0 | 172 | 1,3 | 156 | 1,1 | 175 | 1,3 | 173 | 1,2 | 200 | 1,4 | 210 | 1,4 |
| XVIII.Sint sinais e achadanormexclín e laborat | 3.566 | 30,7 | 3.699 | 29,6 | 3.395 | 25,9 | 3.640 | 26,2 | 3.303 | 24,3 | 3.149 | 22,1 | 960 | 6,7 | 624 | 4,3 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 1.035 | 8,9 | 1.102 | 8,8 | 1.198 | 9,2 | 1.273 | 9,2 | 1.354 | 10,0 | 1.406 | 9,9 | 1.646 | 11,6 | 1.599 | 11,0 |
| **Total** | **11.623** | **100,0** | **12.505** | **100,0** | **13.085** | **100,0** | **13.883** | **100,0** | **13.603** | **100,0** | **14.253** | **100,0** | **14.232** | **100,0** | **14.508** | **100,0** |

CID-10 = Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 10ª revisão.

Fonte: DATASUS (2000-2005); SESAPI (2006-2007).

Figura 3 – Distribuição proporcional das principais causas de óbito segundo capítulo da CID-10\* e ano. Piauí, 2000-2007.



**%**

\*CID-10 = Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 10ª revisão.

Fonte: DATASUS (2000-2005); SESAPI (2006-2007).

Tabela 6 – Distribuição proporcional das principais causas de óbito segundo capítulo da CID-10\*, ano e sexo. Piauí, 2000-2007.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sexo** | **Capítulos CID-10** | **2000** | **2001** | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** | **2006** | **2007** |
| Masculino | XVIII.Sint sinais e achadanormexclín e laborat | 28,6 | 27,6 | 24,9 | 24,8 | 22,7 | 21,1 | 6,4 | 4,1 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 23,5 | 25,2 | 24,9 | 25,5 | 25,8 | 27,2 | 32,0 | 34,4 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 12,9 | 12,7 | 12,9 | 13,2 | 14,7 | 14,4 | 16,8 | 15,8 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 5,6 | 6,2 | 6,4 | 6,6 | 6,6 | 6,0 | 7,1 | 6,5 |
| II. Neoplasias (tumores) | 6,7 | 7,3 | 7,3 | 7,3 | 7,8 | 8,1 | 10,5 | 11,7 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 6,9 | 5,7 | 5,3 | 5,1 | 4,8 | 5,1 | 4,6 | 4,7 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 5,0 | 4,4 | 4,8 | 4,7 | 3,9 | 4,2 | 4,7 | 4,3 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 3,8 | 3,5 | 4,2 | 4,3 | 4,1 | 4,7 | 5,5 | 5,6 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 2,9 | 3,0 | 3,6 | 3,0 | 3,8 | 3,6 | 4,8 | 4,9 |
| Feminino | XVIII.Sint sinais e achadanormexclín e laborat | 33,3 | 32,2 | 27,4 | 28,1 | 26,4 | 23,4 | 7,2 | 4,6 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 23,7 | 25,8 | 28,1 | 28,1 | 28,3 | 30,8 | 38,7 | 39,0 |
| II. Neoplasias (tumores) | 8,7 | 8,7 | 9,7 | 10,1 | 9,5 | 10,5 | 12,7 | 14,1 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 6,5 | 6,6 | 7,2 | 6,2 | 7,0 | 7,1 | 7,3 | 7,7 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 3,6 | 3,7 | 4,1 | 3,9 | 3,8 | 3,8 | 4,4 | 4,6 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 4,6 | 3,9 | 4,1 | 3,8 | 3,8 | 3,8 | 4,5 | 4,1 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 6,4 | 6,0 | 5,0 | 4,8 | 5,0 | 4,5 | 4,4 | 4,5 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 5,4 | 5,1 | 5,7 | 6,4 | 6,5 | 6,5 | 8,6 | 9,0 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 2,7 | 2,8 | 2,8 | 3,2 | 3,5 | 3,5 | 4,5 | 4,3 |

\*CID-10 = Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 10ª revisão.

Fonte: DATASUS (2000-2005); SESAPI (2006-2007).

Figura 4 – Distribuição proporcional dos componentes da mortalidade infantil segundo ano do óbito. Piauí, 2000-2007.



Fonte: DATASUS (2000-2005); SESAPI (2006-2007).

Figura 5 – Razão de mortalidade materna segundo ano do óbito. Piauí, 2000-2007.



Fonte: DATASUS (2000-2005); SESAPI (2006-2007). Obs.: Incluído no cálculo os códigos O96 e O97 da CID-10

Assim, é possível constatar que o Brasil, como um reflexo do que ocorre nos diferentes estados, tem passado por várias transições ao longo das últimas décadas, algumas delas muito acentuadas, como é o caso da queda da fecundidade e do envelhecimento populacional. Outras mudanças foram em relação aos indicadores sociais, como analfabetismo e saneamento básico, que também se vêm modificando pela intervenção do Estado e da sociedade (Ministério da Saúde, 2006).

O estudo da evolução dos padrões de mortalidade, de forma destacada dos outros elementos da dinâmica populacional, é abordado na teoria da transição epidemiológica. Nos últimos 30 anos, o declínio da mortalidade e os padrões de mortalidade apresentados em vários países têm sido analisados por intermédio da teoria da transição epidemiológica, caracterizada, sobretudo, pela progressiva substituição de doenças infecciosas por doenças crônico-degenerativas e causas externas como principais causas de morte (Paes-Sousa, 2004; Schrammet al, 2004).

Na realidade brasileira, as principais características das mudanças no padrão epidemiológico incluem: (a) permanência de grandes endemias em algumas regiões do país; (b) taxas de mortalidade ainda altas quando comparadas com às dos países desenvolvidos; (c) importantes variações geográficas quanto aos padrões epidemiológicos e aos serviços de saúde (Paes-Sousa, 2002).

Frente a esse contexto, verificamos que o perfil epidemiológico traçado a partir dos dados constantes do presente trabalho situa o estado do Piauí nos processos de transição demográfica e epidemiológica, sendo possível concluir o seguinte:

* Redução no ritmo de crescimento da população com idade inferior a 15 anos, sobretudo o grupo etário menor de 5 anos; Evidências de envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida ao nascer;
* Coexistência de doenças infecciosas e parasitárias e doenças crônico-degenerativas;
* Aumento da ocorrência de óbitos por doenças crônico-degenerativas como neoplasias, doenças cardiovasculares e metabólicas, além do expressivo número de óbitos por causas externas (acidentes e violências).
* O componente neonatal precoce tem se mantido acima de 50% do total de óbitos infantis;
* O componente neonatal tardio tem apresentado tendência crescente, enquanto o pós-neonatal teve uma ligeira diminuição.
* A mortalidade materna continua elevada para série histórica apresentada, embora tenham sido verificadas algumas oscilações.

O presente estudo também evidencia a melhoria na qualidade dos sistemas de informação em saúde sob gerência das secretarias municipais e estaduais de saúde, destacando a expressiva redução na proporção de causas de óbito mal definidas, a partir da metodologia adotada pela SESAPI para tal fim.

**RedeAssistencial de Saúde do Estado:**

O Estado do Piauí conta com extensa Rede de Assistência de Saúde com algumas de suas características sumariamente descritas a seguir, tendo como base o Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES).

A maioria dos Estabelecimentos de Saúde– 55 % - são classificados como Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde, Unidades Básicas, Postos de Saúde , Unidade de Saúde da Família e Consultórios Isolados)

- Tabela 1 – Tipo de Unidade -

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Unidade – Descrição | Total |
| CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA | 96 |
| CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE | 102 |
| CONSULTORIO ISOLADO | 133 |
| HOSPITAL ESPECIALIZADO | 26 |
| HOSPITAL GERAL | 95 |
| HOSPITAL/DIA – ISOLADO | 3 |
| POLICLINICA | 37 |
| POSTO DE SAUDE | 730 |
| PRONTO SOCORRO GERAL | 4 |
| UNIDADE AUTORIZADORA | 1 |
| UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) | 102 |
| UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA-ISOLADO | 246 |
| UNID DE VIGILANCIA SANITARIA/EPIDEMIOLOGIA-ISOLADO | 41 |
| UNIDADE MISTA | 86 |
| UNIDE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP - URGENCIA/EMERGENCIA | 13 |
| UNIDADE MOVEL TERRESTRE | 8 |
| TOTAL | 1723 |

* Percentual significativo dos estabelecimentos de saúde é público –75 % - conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Natureza da Organização

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição | Total |
| ADMINISTRAÇÃO DIRETA DA SAÚDE (MS,SES e SMS) | 1294 |
| ADMINIST DIRETA DE OUTROS ÓRGÃOS (MEC,MEx,Marinha,etc) | 1 |
| ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIAS | 1 |
| ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA | 5 |
| ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA | 10 |
| EMPRESA PRIVADA | 387 |
| ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS | 20 |
| FUNDAÇÃO PRIVADA | 1 |
| SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO | 2 |
| SINDICATO | 2 |
| TOTAL | 1723 |

* Dos estabelecimentos públicos a maioria é municipal

Tabela 3 – Esfera Administrativa

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição | Total |
| ESTADUAL | 124 |
| FEDERAL | 3 |
| MUNICIPAL | 1184 |
| PRIVADA | 412 |
| TOTAL | 1723 |

O processo de Municipalização em curso no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde alterou significativamente o quadro acima, uma vez que ao longo de 2007/2008, de 59 Unidades sob gestão estadual, foram repassadas para a gestão municipal, conforme quadros abaixo, somando-se ao 13 Hospitais de Pequeno Porte descentralizados até 2006 nos Municípios de Agricolândia, Anisio de Abreu, Barro Duro, Conceição do Canindé, Ipiranga do Piauí, Joaquim Pires, Lagoa Alegre, Matias Olimpio, Nossa Senhora dos Remédios, Prata do Piauí, Rio Grande do Piauí, São José do Piauí e Várzea Grande.

**UNIDADES DE SAÚDE DESCENTRALIZADAS EM 2007/2008**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **MUNICÍPIO** | **HOSPITAIS** |
|  | ALAGOINHA | UMS SALAOMÃO CAETANO |
|  | AGUA BRANCA | HOSP. EST.SEN. DIRCEU ARCO VERDE |
|  | AMARANTE | HOSP. REGIONAL FRANCISCO AYRES CAVALCANTE |
|  | ALTO LONGÁ | HOSP. LOCAL JOSÉ V. GOMES |
|  | ARRAIAL | UMS ELIAS TAJRA |
|  | BATALHA | HOSP. LOCAL MESSIAS ANDRADE MELO |
|  | BARRAS | HOSP. REG. LEÔNIDAS MELO DE ANDRADE |
|  | BENEDITINOS | UMS ANTÔNIO SANTOS |
|  | BRASILEIRA | UMS ALMIRO M. COSTA |
|  | BURITI DOS LOPES | HOSP. LOCAL MARIANO L. SOUSA |
|  | BURITI DOS MONTES | UMS FRANCISCO ALVES DO MONTE |
|  | BOM PRINCIPIO DO PIAUI | UMS JOANA DE MORAES SOUSA |
|  | CAPITAO DE CAMPOS | UMS DIRCEU ARCO VERDE |
|  | CRISTALÃNDIA | UMS NEY PARANAGUA |
|  | CANAVIEIRA | UMS ADALGISA ZENOBIA ROCHA |
|  | CASTELO DO PIAUI | HOSP..LOCAL NILO LIMA |
|  | COCAL | HOSP. EST. JOAQUIM DE BRITO |
|  | CARACOL | UMS DIRCEU ARCO VERDE |
|  | COAS | CENTRO DE ORIENT. E APOIO SOROLÓGICO |
|  | DEMERVAL LOBAO | HOSP. LOCAL JOÃO LUÍS MORAES |
|  | DIRCEU ARCOVERDE | UMS DR. RAUL ANTUNES ARCOVERDE |
|  | ELIZEU MARTINS | UMS DE ELIZEU MARTINS |
|  | FLORES DO PIAUÍ | UMS FAUSTINO V. DE OLIVEIRA |
|  | FRANCISCO AYRES | UMS VICENTE LUCAS BRITO |
|  | GILBUES | UMS ARLINO M. LUSTOSA |
|  | GUADALUPE | HOSP. LOCAL DE GUADALUPE |
|  | ITAUEIRA | HOSP. EST. CARLOS ANDRADE |
|  | INHUMA | UMS INHAZINHA NUNES |
|  | JERUMENHA | UMS ALDEMAR ROCHA |
|  | JAICOS | HOSP. EST. FLORISA ISABEL |
|  | JOSÉ DE FREITAS | HOSP. EST. N.SRA.DO LIVRAMENTO |
|  | MANOEL EMIDIO | UMS DE MANOEL EMÍDIO |
|  | MONSENHOR HIPOLITO | UMS EMÍLIA DE SÁ BEZERRA |
|  | MONSENHOR GIL | UMS HELVÍDIO NUNES ( 2008 ) |
|  | MONTE ALEGRE | UMS ANFRÍSIO NETO L. C. BRANCO |
|  | MIGUEL ALVES | HOSP. LOC. PEDRO VASCONCELOS |
|  | PADRE MARCOS | UMS DE PADRE MARCOS |
|  | PALMEIRA | UMS MIGUEL PINHEIRO LOPES |
|  | PAULISTANA | HOSP. REG. MARIANA PIRES FERREIRA |
|  | PAES LANDIM | UMS FÉLIX B. DA SILVA |
|  | PARNAGUÁ | UMS DE PARNAGUÁ |
|  | PAM | CENTRO INTEGR.SAUDE DR. MARIO L.GONCALVES |
|  | PORTO DO PI | HOSP. LOCAL DR. ROOSEVELT BASTOS |
|  | PIO IX | HOSP.LOCAL LOURDES MOTA |
|  | PIMENTEIRAS | UMS MÔNICA R. DANTAS |
|  | PEDRO II | HOSP.LOCAL JOSEFINA GETIRANA NETA |
|  | REDENÇÃO DO GURGUÉIA | UMS REDENÇÃO DO GURGUÉIA |
|  | REGENERAÇÃO | HOSP. EST. MARIA LOURDES L. NUNES |
|  | RIBEIRO GONÇALVES | UMS ARLINDO BORGES |
|  | SÃO FELIX DO PI | UMS ANTÔNIO BATISTA |
|  | SÃO JOÃO DA SERRA | UMS RAIMUNDO CORREIA LIMA |
|  | SÃO JOSE DO PEIXE | UMS DE SÃO JOSE DO PEIXE |
|  | SÃNTA CRUZ DO PI | UMS JANDIRA NUNES |
|  | SÃO FRANCISCO DO PI | UMS DE SÃO FRANCISCO DO PI |
|  | SÃO GONÇALO DO PI | UMS CARLYLE DE MACEDO |
|  | SÃNTA ROSA DO PI | UMS DE SANTA ROSA |
|  | SÃO PEDRO | HOSP. LOCAL MARCOLINO B. BRITO |
|  | SIMÕES | UMS JOSIAS CARVALHO |
|  | SOCORRO DO PIAUI | UMS JESUS MESQUITA |

FONTE:SESAPI /GAB-Equipe Municipalização Dezembro 2007

* Quanto ao Tipo de Atendimento prestado, os serviços de saúde municipais predominam no atendimento ambulatorial; os serviços estaduais de saúde ocupam mais o espaço do atendimento hospitalar e de urgência / emergência e os serviços de saúde privados, na área de serviços diagnósticos – vide Tabela 3:

Tabela 3 – Esfera Administrativa por Tipo de Atendimento

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Atendimento | Estadual | | Municipal | | Privado | | Total |
| Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Ambulatorial | 120 | 7,72 | 1.134 | 72,97 | 300 | 19,31 | 1.554 |
| Internação | 109 | 55,05 | 32 | 16,16 | 57 | 28,79 | 198 |
| SADT | 72 | 30,00 | 21 | 8,75 | 147 | 61,25 | 240 |
| Urgência / Emergêmcia | 95 | 55,88 | 29 | 17,06 | 46 | 27,06 | 170 |

* O Estado do Piauí conta com 3,02 leitos por 1.000 habitantes. A rede hospitalar do SUS disponibiliza à população 2,76 leitos por 1.000 habitantes. Na Tabela 4 está descrita a distribuição dos leitos por tipo.

Tabela 4 – Leitos Existentes por Especialidade

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrição | Existente | Sus |
| CIRÚRGICO | 1935 | 1665 |
| CLÍNICO | 2697 | 2518 |
| COMPLEMENTAR | 420 | 344 |
| OBSTETRÍCIA | 1666 | 1598 |
| PEDIATRIA | 1599 | 1474 |
| PSIQUIATRIA | 505 | 484 |
| TOTAL | 8822 | 8083 |

* Grande proporção dos estabelecimentos hospitalares possui menos de 20 leitos, podendo ser classificados como Unidades Mistas de Internação e outra grande parte se caracteriza como Hospital de Porte I, conforme a Portaria MSGM 2224 de 05 de dezembro de 2002, como representado na Tabela 5:

Tabela 5 – Classificação Hospitalar por Porte

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Porte | Nº de Leitos | Nº de Hospitais | |
| Unidade Mista Intern. | menos de 20 | 83 | 83 |
| Hospital de Porte I | de20 a 49 | 83 | 115 |
| Hospital de Porte I | de50 a 149 | 28 |
| Hospital de Porte I | de150 a 299 | 1 |
| Hospital de Porte I | 300 ou mais | 3 |
| Hospital de Porte II | de50 a 149 | 2 | 3 |
| Hospital de Porte II | de150 a 299 | 1 |
| Hospital de Porte III | de150 a 299 | 1 | 3 |
| Hospital de Porte III | 300 ou mais | 2 |

* Acompanhando a distribuição geral dos estabelecimentos de saúde nos municípios do Estado, a distribuição de leitos hospitalares repete o seu padrão de ocorrências conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição de Leitos por Macro Região (PDR – PI/2004)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Macro Região | Leitos | |  | Leitos por 1000 hab |
| Existentes | SUS | População |
| 1 – Parnaíba | 1.117 | 1.059 | 243.080 | 4,36 |
| 2 – Teresina | 4.966 | 4.464 | 1.644.380 | 2,71 |
| 3-Floriano | 507 | 499 | 232.312 | 2,15 |
| 4 – Picos | 1.297 | 1.204 | 442.986 | 2,72 |
| 5 - São Raimundo Nonato | 518 | 506 | 178.615 | 2,83 |
| 6 - Bom Jesus | 293 | 279 | 156.850 | 1,78 |

* Segundo pode ser observado na Tabela 7, abaixo, 45% dos Leitos existentes no Estado são Privados demonstrando a importância do setor privado contratado na oferta de leitos para composição da disponibilidade de leitos SUS no estado do Piauí. Dos demais,39% são Públicos – 2.474, e 16% Universitários. Se considerarmos que os leitos Universitários são vinculados a Universidade Federal do Piauí, é possívelagregarmos esses leitos aos leitos Públicos, totalizando nesse somatório, 55% de todos os leitos hospitalares do SUS existentes no Estado do Piauí em abril de 2003. Apesar da disponibilidade de leitos nas diversas clínicas, há que se destacar quequantitativo de leitos, principalmente, de UTI – em torno de 98-, caracteriza, na atualidade, um quadro de insuficiência para atendimento às necessidades da população.

Tabela 7

DISTRIBUIÇÃODOS LEITOS HOSPITALARES SEGUNDO REGIME E NATUREZA

PIAUÍ – ABRIL/2003

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Regime/ Natureza** | **PÚBLICO** | **PRIVADO** | **UNIVERSITÁRIO** | **TOTAL** |
| **Estadual** | 2.474 | - | - | 2.474 |
| **Municipal** | 799 | - | - | 799 |
| **Contratado** | - | 2.902 | - | 2.902 |
| **Filantrópico** | - | 120 | - | 120 |
| **Filantrópico** | - | 836 | - | 836 |
| **Universitário** | - | - | 1.334 | 1.334 |
| **Total Geral** | **3.273** | **3.858** | **1.334** | **8.465** |

FONTE:MS-Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/200

* A Secretaria Estadual de Saúde tem, ainda, sob sua administração as unidades de saúde, conforme discriminado abaixo, com potencial para desenvolver importante papel de regulador do sistema.
* 13 Hospitais Regionais
* 05 Hospitais Especializados – Hospitais Escola – em Teresina
* 01Hospital de base, em Teresina
* 01 Laboratório de Saúde Pública – LACEN

**Propostas Aprovadas na**

**VI Conferência Estadual**

**de Saúde**

**Propostas Aprovadas na VI Conferência**

**Estadual de Saúde**

Dentre as diretrizes e prioridades definidas pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS para plena efetivação do Controle Social no SUS, foi deliberado a realização da 14ª de Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2011, precedida do desenvolvimento de atividades preparatórias de abrangência municipal e estadual, para as quais foi essencial o envolvimento e a participação do Conselho Estadual de Saúde. Assim, cumprindo as orientações do Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde Piauí encaminhou à Secretaria de Estado da Saúde e ao Governador do Estado do Piauí, a demanda de apoio para a realização da etapa estadual, a saber a VI Conferência Estadual de Saúde do Piauí .Por meio do Decreto nº º 14.471 de 09 de maio de 2011 o Governo do Estado do Piauí, convocou para o período de 13 a 15 de Outubro de 20111, a realização da VI CONFESPI, designando como responsável executiva pela Conferência, a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí em parceria com o CES-PI. Dessa forma, no cumprimento do papel que lhe compete como instância colegiada de gestão do SUS, o Conselho Estadual de Saúde, orientou, apoiou, acompanhou e assessorou os Municípios do estado na preparação e realização das Conferências Municipais de Saúde, bem como, cumpriu a prerrogativa legal de coordenar os trabalhos ea realização da VI CONFESPI.

Através de ato normativo da Secretária de Estado de Saúde, à época, Dra. Lilian Martins, designou-se, nominalmente, técnicos da SES-PI e membros Conselheiros do CES como integrantes das Comissões Executivas, responsáveis diretas pela adoção de providências necessárias à viabilização do evento.

Participaram da VI CONFESPI cerca de 1.200 participantes distribuídos nos seguintes segmentos: Gestores de Saúde; Trabalhadores; Prestadores; Usuários e sociedade civil em geral.

Sob o tema ***”TODOS USAM O SUS! SUS NA SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICA PÚBLICA, PATRIMONIO DO POVO BRASILEIRO”*** os participantes da VI CONFESPI discutiram durante três dias diversos temas que integram a agendaprioritária no âmbito do SUS, tendo como eixo orientador das discussões os questões relativas à garantia da Integralidade e da Acessibilidade da população às ações e serviços públicos de saúde.

Dentre os convidados para a VI CONFESPI, destacam-se os representantes do Conselho Nacional de Saúde e a Coordenação Geral da 14ª Conferência Nacional de Saúde; representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, além de Secretários Municipais de Saúde e demais Conselheiros dos CMS dos 224 municípios do estado do Piauí. A VI CONFESPI contou também, com as presenças ilustres da Secretária de Estado da Saúde e Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Piauí Dra. Lilian Martins; do Governador do Estado do Piauí Dr. Wilson Martins, bem como, de autoridades representativas do poder Legislativo e Judiciário do Estado, Parlamentares e demais autoridade municipais e estaduais. No entanto, o grande destaque da VI CONFESPI pode ser creditado à participação na solenidade de abertura e de instalação dos trabalhos da Conferência, do Ministro de Estado da Saúde do Brasil, Dr. Alexandre Padilha.

Após as discussões travadas nos Grupos de Trabalho, a Plenária da VI CONFESPI aprovou as Deliberações apresentadas abaixo, que consubstanciaram o Relatório da Conferência expressando, portanto, as demandas e proposições da sociedade Piauiense debatidas na 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília de 30.11 a 04.12.2012.

**VI CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ - *CONSOLIDADO DAS PROPOSTAS APROVADAS***

**PROPOSTAS DE ABRANGÊNCIA ESTADUAL**

**SUB-EIXO 01 – ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE**

01. Intensificar a fiscalização da política de planejamento familiar, para realização da mesma, nas equipes de saúde da família.

02. Fazer cumprir a lei 10. 216/01, que trata da saúde mental, aumentar o financiamento para os municípios brasileiros, ampliar e estruturar as residências terapeuticas de todos os estados, viabilizar o tratamento para pessoas infratoras com transtorno mental, garantir acesso, acolhimento e condições de funcionamento dos CAPS instalados, com equipamentos e inclusão de equipes multidisciplinares compostas por terapeutas ocupacionais, psiquiatras e psicólogos, criar o CAPS III, integralizar e articular a politica de saúde mental com outros serviços existentes nas demais políticas públicas de saúde para assegurar o tratamento contínuo.

03. Divulgar juntos aos profissionais de saúde e aos usuários a cartilha dos direitos dos usuários do SUS em todos os municípios, ampliando na mídia e garantindo a divulgação utilizando todos os meios comunitários a todos os serviços disponibilizados pelo sus e população.

04-Implantar atendimento odontológico especializado para pessoas com neuropatias, para pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva, unidade de terapia renal substitutiva, unidade de queimados e para portador de transtorno mental com a participação do médico anestesiologista, quando necessário.

05 – Aumentar e garantir os polos da farmácia de medicamentos excepcionais (componente alto custo) aos usuários que fazem uso de medicamentos excepcionais para que seja garantido em quantidade exata.

06 - Intensificar a transversalidade da política nacional de humanização em todas as demais políticas de saúde como também implementar esta política nos três níveis de complexidade com obrigatoriedade de forma continuada.

07- Garantir a regulação do sus fiscalizando a marcação e a realização de consultas e exames especializados do CERAS via on-line, garantindo o retorno se necessário do usuário; de forma que seja efetuado o atendimento em tempo hábil e com qualidade.

09. Implantar a notificaçãoreações adversas a medicamentos (RAM) e notificação compulsória da toxoplasmose gestacional em todas as unidades de saúde.

11 – Implantar centros de reabilitação regionais para pessoas com hanseníase, incluindo ações de prevenção e divulgação ao usuário sobre a doença, tratamento e cura, e desenvolvimento de grupos educativos multiprofissionais para ex-portadores, pessoas em tratamento e seus familiares com encontros quinzenais ou mensais.

15. Garantir o funcionamento das farmácias nas unidades de saúde, nos moldes do programa de “farmácia popular”, para assegurar aos usuários o recebimento da medicação acompanhada da orientação do farmacêutico.

16 - Garantir a aquisição de desfibriladores automáticos (DEA), para agilizar o socorro de pessoas infartadas em todos os serviços de saúde, acompanhada de capacitação paralela aos profissionais e pessoas leigas, equipando as ambulâncias dos municípios com desfibriladores.

17 - Garantir tratamento e exames diagnósticos as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de acordo com estratificação de risco, em cumprimento aos princípios da equidade e da integralidade do SUS.

18. Promover discussões a partir de evidências científicas e indicação médica, sobre o uso de hormônios femininos por travestis e transexuais, na rede SUS.

19. Criar o “CAPS mulher” para atendimento de mulheres com dependências químicas e outros agravos da saúde mental.

20. Criar, implantar e implementar políticas públicas voltadas à valorização da vida e cultura da paz, nos diferentes ciclos da vida, nas três esferas de governo.

**SUB - EIXO 02 – PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E CONTROLE SOCIAL**

1. Avaliar e acompanhar a cada dois anos, por meio de plenárias ampliadas, a implementação das deliberações da última conferência realizada, em todos os níveis de gestão.

2. Fortalecer, junto ao controle social do SUS, em todos os níveis de gestão o papel das conferências de saúde como instâncias máximas do controle social, de forma especial a sua importância na formulação de propostas que darão origem a políticas públicas de saúde.

3. Referendar as propostas da agenda política do conselho nacional de saúde.

4. Implementar e monitorar o desenvolvimento das ações do CEREST.

5. Apoiar a aprovação e implantação da funcionalidade humana, por meio da política nacional de saúde funcional e classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (cif).

6. Melhorar os mecanismos de controle que impeçam ou pelo menos inibam a comercialização de procedimentos e serviços do SUS, em todos os níveis de complexidade e de gestão.

7. Acompanhar a implantação/implementação da regulação do sistema único de saúde, com ênfase para a regulação da alta complexidade.

8. Propor ações que intensifiquem a transparência, minimizem as anomalias, corrijam as distorções e garantam a sustentabilidade do sistema, em todos os níveis de gestão e de complexidade.

9.Ampliar e intensificar o controle/fiscalização sobre as relações de saúde público x privadas.

10. Impedir a veiculação, em qualquer tipo de mídia, de propagandas que incentivem o consumo de álcool e outras drogas.

11. Avaliar os parâmetros quantitativos populacionais utilizados para o cálculo do número de equipes da estratégia saúde da família (ESF) em cada município para verificar a possibilidade de aumento da cobertura.

12. Fazer cumprir o cronograma de distribuição de medicamentos excepcionais através da descentralização da mesma (em redes regulares de farmácia) para impedir que seus usuários sofram interrupção do tratamento, reativação e/ou agravamento da doença.

13. Cobrar da auditoria do SUS informações sobre a situação dopreenchimento dos prontuários médicos.

14. Cobrar dos médicos o preenchimento obrigatório de impressos ambulatoriais sob a responsabilidade dos mesmos.

15. Fazer cumprir a lei que regulamente, em nível nacional, a prescrição de medicamentos por médicos, odontólogos e médicos veterinários de forma legível, conforme orientado nos códigos de ética destes profissionais de saúde.

16. Incluir nos eventos de qualificação do controle social do sus a participação do ministério público, do tribunal de contas, da OAB, CRC e dos setores de planejamento, nas três esferas de governo.

**SUB-EIXO 03 - FINANCIAMENTO**

1. Garantir imediato co-financiamento do estado para ações de média e alta Complexidade ambulatorial e hospitalar, atenção básica e assistência farmacêutica.

2. Garantir o aumento dos recursos para investimentos em pesquisas, monitoramento e implantação de novos serviços relacionados ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

**EIXO 04 E 05 – GESTÃO DO SUS e PACTO PELA SAÚDE**

1. Institucionalizar a criação e implantação de comissões intersetoriais para fortalecer a integração entre o SUS, o SUAS e o FNDE visando impulsionar o desenvolvimento de políticas intersetoriaisque garantam a sustentabilidade dos setores.

2. Intensificar a implantação e estruturação dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF), respeitando na sua composição profissional o perfil epidemiológico de cada município.

3. Implantar e implementar mecanismos efetivos de cogestão inter-federativa de politicas publicas, tais como politica nacional da pessoa portadora de deficiência, politica de atenção a saúde do adulto e do idoso, politica nacional de alimentação e nutrição, dentre outras, conforme prioridades definidas no pacto pela saúde.

4. Garantir recursos federais para implantação e custeio em hospitais regionais de referencia macro regional unidades de atenção a vitimas de queimaduras, atendimento especializado (alta complexidade) em pneumologia, cardiologia, neurologia, ortopedia e oncologia.

5. Ampliar e implementar serviço de atendimento móvel de urgência de acordo com o plano nacional de urgências e emergências com garantia de co-financiamento tripartite.

6. Implantar e implementar os complexos regulatórios estaduais através de centrais de regulação garantindo a referência e a contra referência.

7. Fazer cumprir as leis para o controle do tabagismo.

8. Ampliar o programa academia da saúde para todos os municípios, fortalecendo a política nacional de promoção da saúde.

9.Investir na infraestrutura dos hospitais de pequeno porte e implantar uma política de custeio para garantir a resolutividade destes.

10. Implantar sistema estadual informatizado para a dispensação de medicamentos, com controle de estoque.

11. Inaugurar imediatamente o hospital universitário da UFPI, e preencher as vagas existentes (1200) para o seu pleno funcionamento com a contratação por meio de concurso público, mediante contrato da lei 8112/90; 100% SUS.

**SUB- EIXO 06 – SEGURIDADE SOCIAL E GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

1. Efetivar a integração entre a saúde, a assistência social e previdência social, melhorando o acesso às informações sobre os benefícios da seguridade social relativos aos trabalhadores rurais, ao salário maternidade e aos benefícios de prestação continuada da assistência social.

2. Vetar a proposta de EC – PEC 233/o8, por ter impacto negativo para o sistema de seguridade social , que perderá a garantia das fontes de financiamento exclusivas, definidas pela constituição federal de 1988.

3. Sensibilizar e qualificar os trabalhadores de todos os níveis de gestão da saúde utilizando as diversas estratégias da política nacional de educação permanente, de acordo com demandas regionais discutidas nas comissões de integração de ensino e serviços (CIES) e aprovadas nos conselhos de saúde.

4. Qualificar o controle social do sus com a participação do ministério público, do tribunal de contas, da OAB, CRC e dos setores de planejamento, nas três esferas de governo.

**EIXO 07 –GESTÃODO TRABALHO**

1. Criar planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) para os trabalhadores do SUS que obedeçam , em sua essência, a critérios de isonomia, em todos os níveis de gestão.

2. Realizar revisão periódica do dimensionamento dos trabalhadores de saúde, orientada pelos órgãos fiscalizadores de cada categoria profissional, para identificação das vagas existentes e a necessidade de realização de concurso público para o preenchimento destas vagas e para o cadastro de reserva, assegurando a inclusão de mais profissionais na estratégia de saúde da família

3. Institucionalizar as normas regulamentadoras específicas e protocolos de cada categoria profissional.

4. Fazer cumprir as leis que tratam sobre a “saúde do trabalhador”, fortalecendo o CEREST e as redes de atendimento do sus, garantindo a prevenção de acidentes de trabalho e com isso promovendo a qualidade de vida dos trabalhadores.

5. Aprovar e implementar a jornada de trabalho de 30 horas semanais para os trabalhadores do SUS.

6. Realizar estudo junto à secretaria estadual de segurança para avaliar as condições de funcionamento do IML e a necessidade de instalação de IMLs regionais.

7. Fazer cumprir a lei nº 11.350que trata sobre a atuação dos ACS/ACE.

8. Cobrar das instituições de assistência à saúde o cumprimento da resolução do COFEN nº358/2009 que trata da sistematização da assistência de enfermagem.

***CONSOLIDADO DAS PROPOSTAS APROVADAS***

**PROPOSTAS DE ABRANGÊNCIA NACIONAL**

**SUB-EIXO 1 - ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE**

**1)** Fazer cumprir a lei 10. 216/01, que trata da saúde mental, aumentar o financiamento para os municípios brasileiros, ampliar e estruturar as residências terapêuticas de todos os estados, viabilizar o tratamento para pessoas infratoras com transtorno mental, garantir acesso, acolhimento e condições de funcionamento dos CAPS instalados, com equipamentos e inclusão de equipes multidisciplinares compostas por terapeutas ocupacionais, psiquiatras e psicólogos, criar o CAPS III, integralizar e articular a politica de saúde mental com outros serviços existentes nas demais políticas públicas de saúde para assegurar o tratamento contínuo.

**2)** Implantar em todo o território nacional atendimento odontológico especializado para pessoas com neuropatias, para pacientes críticos internados em unidades de terapia intensiva, unidades de terapia renal substitutiva, unidades de queimados e para portadores de transtorno mental, com a participação do médico anestesiologista, quando necessário.

**3)** Garantir a aquisição de desfibriladores automáticos (DEA), para agilizar o socorro a pessoas infartadas, em todos os serviços de saúde, acompanhada de capacitação paralela a profissionais e a pessoas leigas, e equipar as ambulâncias de todos os municípios do país com desfibriladores.

**4)** Criar o “CAPS MULHER” para o atendimento de mulheres com dependências químicas e outros agravos da saúde mental.

**5)**  Criar, implantar e implementar políticas públicas voltadas à valorização da vida e cultura da paz, nos diferentes ciclos da vida, nas três esferas de governo.

**SUB-EIXO 2 - PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E CONTROLE SOCIAL**

**1)** Fazer cumprir a deliberação da 13ª conferência nacional de saúde que incentiva o estabelecimento de parcerias para promover/intensificar ações para a qualificação do controle social do SUS, em todos os níveis de gestão.

**2)** Fazer cumprir ações e incentivar iniciativas para a divulgação, por meio da mídia, junto à sociedade, do papel dos conselhos de saúde como único órgão deliberativo do SUS, bem como o cronograma de reuniões ordinárias dos conselhos, com suas respectivas pautas.

**3)** Aumentar a destinação de recursos para o fortalecimento dos órgãos de fiscalização, controle e auditoria do SUS.

**4)** Reformular a PL do “ato médico” no senado.

**5)** Implantar e implementar nacionalmente o “CARTÃO SUS”.

**SUB-EIXO 3 – FINANCIAMENTO**

**1)** Garantir imediato co-financiamento do estado para ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, atenção básica e assistência farmacêutica.

**2)** Garantir o aumento dos recursos para investimentos em pesquisas, monitoramento e implantação de novos serviços relacionados ao uso e abuso de drogas lícitas e não lícitas.

**3)**  Aumentar os recursos provenientes do ministério da saúde para efetivação da vigilância sanitária nos municípios e elaborar, implantar e implementar o código sanitário nos municípios e estados.

**4)** Garantir recursos financeiros para o cumprimento da emenda constitucional 29, atrelar o reajuste dos recursos financeiros para a saúde a partir do aumento do PIB do ano anterior e estabelecer um cronograma de repasse anual.

**5)** Garantir a todos os municípios, recursos financeiros para aquisição de consultório odontológico móvel, para garantia do atendimento de usuários com dificuldades de acesso.

**SUB-EIXO 4 - GESTÃO DO SUS**

**1)**Institucionalizar a criação e implantação de comissões inter-setoriais para fortalecer a integração entre o sus, o suas e o FNDE visando impulsionar o desenvolvimento de políticas inter-setoriais que garantam a sustentabilidade dos setores.

**2)**Intensificar a implantação e estruturação dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF), respeitando na sua composição profissional o perfil epidemiológico de cada município

**3)**Implantar e implementar mecanismos efetivos de cogestão inter-federativa de politicas publicas, tais como politica nacional da pessoa portadora de deficiência, politica de atenção a saúde do adulto e do idoso, politica nacional de alimentação e nutrição, dentre outras, conforme prioridades definidas no pacto pela saúde.

**4)** Garantir recursos federais para implantação e custeio em hospitais regionais de referencia macro regional unidades de atenção a vitimas de queimaduras, atendimento especializado (alta complexidade) em pneumologia, cardiologia, neurologia, ortopedia e oncologia

**5)** Ampliar e implementar o serviço de atendimento móvel de urgência de acordo com o plano nacional de urgências e emergências com garantia de co-financiamento tripartite.

**SUB-EIXO 5 - PACTO PELA SAÚDE**

**1)** Implantar e implementar os complexos regulatórios estaduais através de centrais de regulação garantindo a referência e a contra referência

**2)** Aprovar e implantar em todo território nacional o PL 315/ 2008, que altera a lei 9294 de 15 de julho de 1996, para proibir o uso de produtos de tabaco em ambiente fechados.

**3)** Ampliar o programa academia da saúde para todos os municípios, fortalecendo a política nacional de promoção da saúde.

**SUB-EIXO 6 - SEGURIDADE SOCIAL E GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**1)** Efetivar a integração entre a saúde, a assistência social e previdência social, melhorando o acesso às informações sobre os benefícios da seguridade social relativos aos trabalhadores rurais, ao salário maternidade e aos benefícios de prestação continuada da assistência social.

**2)** Vetar a proposta de EC – PEC 233/o8, por ter impacto negativo para o sistema de seguridade social , que perderá a garantia das fontes de financiamento exclusivas, definidas pela constituição federal de 1988.

**3)** Sensibilizar e qualificar os trabalhadores de todos os níveis de gestão da saúde utilizando as diversas estratégias da política nacional de educação permanente, de acordo com demandas regionais discutidas nas comissões de integração de ensino e serviços (CIES) e aprovadas nos conselhos de saúde.

**4)** Qualificar o controle social do sus com a participação do ministério público, do tribunal de contas, da OAB, CRC e dos setores de planejamento, nas três esferas de governo.

**5)** Fazer cumprir às regras e critérios do ministério da educação, relativas à abertura de cursos da área da saúde.

**SUB-EIXO 7 - GESTÃO DO TRABALHO**

**1)** Criar planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) para os trabalhadores do sus que obedeçam, em sua essência, critérios de isonomia, em todos os níveis de gestão.

**2)**  Realizar revisão periódica do dimensionamento dos trabalhadores de saúde, orientada pelos órgãos fiscalizadores de cada categoria profissional, para identificação das vagas existentes e a necessidade de realização de concurso público para o preenchimento destas vagas e para o cadastro de reserva, assegurando a inclusão de mais profissionais na estratégia de saúde da família

**3)** Institucionalizar as normas regulamentadoras específicas e protocolos de cada categoria profissional.

**4)** Fazer cumprir as leis que tratam sobre a “saúde do trabalhador”, fortalecendo o CEREST e as redes de atendimento do sus, garantindo a prevenção de acidentes de trabalho e com isso promovendo a qualidade de vida dos trabalhadores.

**5) A**provar e implementar a jornada de trabalho de 30 horas semanais para os trabalhadores do sus.

As propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho (GT) foram lidas na Plenária para conhecimento e aprovação dos delegados presentes. Dessa forma, após a leitura das propostas, foram votadas as moções e a Carta do Piauí .Em seguida, de acordo com as regras pactuadas no Regulamento da VI CONFESPI, foi realizada a eleição dos delegados para 14ª CNS.

**Compromissos da Gestão**

**para 2012-2015**

|  |  |
| --- | --- |
| **Equivalência/Correlação entre as Diretrizes do PES e PROGRAMAS/OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO PPA**  **2012-2015** | |
| **DIRETRIZES DO PES 2012-2015** | **PROGRAMAS/OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO PPA/SAÚDE-2012-2015** |
| **Diretriz 1**– Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, medianteaprimoramento da Atenção Especializada; | Assistência Hematológica e Hemoterápica à população do estado |
| Prestar assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade à população do estado do Piauí |
| Ampliar e diversificar a oferta de exames laboratoriais especializados de saúde pública de média e alta complexidade no âmbito do SUS/Pi |
| Melhoria da estrutura física e tecnológica da hemorrede do estado |
| Implantar e operacionalizar os Complexos Reguladores |
| **Diretriz 2**- Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de Promoção e Vigilância em saúde. | Integração da atenção e do cuidado à saúde, de grupos populacionais prioritários por meio da implementação de ações direcionadas para o controle de danos e agravos; |
| Integração das ações de Vigilância em Saúde no estado do Piauí, com ênfase no componente de Vigilância Epidemiológica |
| Implementação de ações de Vigilância Sanitária garantindo a qualidade dos produtos, serviços e ambientes e sua adequação às normas sanitárias |
| Fortalecimento da integralidade das ações de Vigilância em Saúde no estado do Piauí, com ênfase no componente de Vigilância Ambiental |
| Atenção integral à Saúde do Trabalhador |
| **Diretriz 3**– Implementação de novo modelo de gestão e utilização de instrumentos de relação federativa (Estado x Municípios e União), com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. | Implementação e consolidação da política de gestão estratégica e participativa no SUS (PARTICIPASUS) no estado do Piauí |
| Consolidação do processo de adesão dos municípios do estado do Piauí ao Pacto pela Saúde /2006 (\*Com a publicação do Dec. 7.508/2011, a organização do SUS com base em um novo modelo de gestão e no desenvolvimento de relações inter-federativas a partir de novas pautas, passarão a ser normatizadose regulados pelo COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, a ser firmado com as Regiões de Saúde constituídas no Estado por meio dos gestores dos municípios que conformam as Regiões.) |
| Fortalecimento do sistema de planejamento do SUS (PLANEJASUS) no estado do Piauí |
| Modernização da Infraestrutura, Processos de Gestão da Informação e, Qualificação da Prestação de Serviços |
| Implementação de ações de controle e avaliação das ações desaúde e dos Sistemas Municipais de Saúde |
| Qualificação do processo de gestão de projetos e convênios firmados entre as SES-Pi e os órgãos da esfera federal e entre as SES-Pi e os municípios do estado |
| Fortalecimento do sistema de ouvidoria do SUS no âmbito dos serviços públicos de saúde de abrangência municipal e estadual |
| Fortalecimento e consolidação da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no âmbito dos serviços públicos de saúde do SUS, vinculados às esferasmunicipal e estadual |
| Qualificar o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS |
| Apoio e assessoramento técnico e financeiro aos Hospitais descentralizados para a gestão municipal |
| **Diretriz 4**– Implementação de ações quecontribuam para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS/Piauí | Qualificação profissional dos trabalhadores do SUS |
| Implantar e implementar a Política de Atenção à Saúde do Trabalhador |
| Fortalecimento da Educação Permanente em Saúde no Piauí |
| **Diretriz 5** – Definição e estruturação de uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde para o Estado que venha a se constituir em vetor estruturante da agenda estadual de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com vistas à redução da vulnerabilidade do acesso à saúde | Implantação do Centro de Pesquisa e Produção Científica - Fiocruz do Sertão - Pi |
| **Diretriz 6**– Implantação e implementação de Redes Temáticas de Atenção à Saúde com ênfase nas Redes deAtenção Obstétrica e Neonatal (CEGONHA); Urgências, e Emergência e Atenção Psicossocial, priorizando inicialmente o Território de Entre Rios. | Implantação de Rede de Atenção às Urgências e Emergências – Atendimento especializado de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no território de Entre Rios |
| **Diretriz 7** – Fortalecimento da Atenção Primária no âmbito do SUS Piauí. | Fortalecimento da Atenção Primária no contexto das ações e serviços de saúde do Piauí |
| Implementação da Política de Atenção àSaúde Mental |
| Construção de Unidades de Saúde |
| **Diretriz 8**– Melhoria do processo de gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Piauí | Modernização e qualificação do processo de gestão de controle de estoque de medicamentos. |
| **Diretriz 9 -**Melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos das unidades que integram o rede estadual de saúde | Construção do novo prédio da SESAPI  Construção e equipamento de unidades de saúde |
| **DIRETRIZ 10** – Fortalecimentoda intersetorialidade por meio de ações de saneamento básico de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais | Implantar rede de abastecimento de água e melhorias domiciliares em comunidades de baixa renda da região do semiárido - PROSAR |

**Detalhamento dos Objetivos em Ações/Metas Estratégicas**

**conforme o PPA 2012 – 2015**

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO PPA/SAÚDE-2012-2015** | **AÇÕES ESTRATÉGICAS VINCULADAS** |
| **Prestar Assistência Hematológica e Hemoterápica à população do estado** | 1. Produzir e disponibilizar hemocomponentes |
| **Prestar assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade à população do estado do Piauí** | 1. Prestar atendimento ambulatorial 2. Realizar procedimentos cirúrgicos 3. Efetivar internações hospitalares 4. Melhorar processos administrativos de gestão hospitalar |
| **Ampliar e diversificar a oferta de exames laboratoriais especializados de saúde pública de média e alta complexidade no âmbito do SUS/Pi** | 1. Ampliar o número de exames realizados 2. Implantar novos serviços 3. Realizar capacitação de trabalhadores |
| **Melhorar a estrutura física e tecnológica da hemorrede do estado** | 1. Reestruturar as condições infra-estruturais (físicas) da hemorede 2. Melhorar a infra-estruturatecnológica com a informatização da hemorede |
| **Implantar e operacionalizar os Complexos Reguladores** | 1. Apoiar os municípios na implantação das Centrais Municipais de Regulação 2. Monitorar pacientes referenciados no âmbito da rede estadual 3. Proceder a análise dos processos de TFD 4. Elaborar protocolos de regulação do acesso a exames, consultas e internações 5. Capacitar profissionais |
| **Integrar a atenção e o cuidado à saúde, de grupos populacionais prioritários por meio da implementação de ações direcionadas para o controle de danos e agravos;** | 1. Ampliar o controle de qualidade dos exames citopatológicos 2. Aumentar a cobertura das ações de controle das DST AIDS, Tuberculose e Hanseníase 3. Aumentar a cobertura do segmento de mulheres com exames alterados 4. Aumentar o acesso da população nas ações do programa estadual de triagem neonatal 5. Aumentar o acesso do Hipertenso e Diabético às ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento 6. Aumentar o acesso da população às ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças identificadas pela triagem neonatal e das deficiências físicas, intelectual e auditiva 7. Aumentar o acesso e a qualidade das ações de atenção à saúde do homem 8. Melhorar os indicadores epidemiológicos: sífilis, aids, tuberculose e hanseníase; 9. Reduzir a mortalidade infantil; 10. Reduzir a desnutrição infantil; 11. Reduzir a incidência do câncer de colo de útero e de mama; 12. Reduzir a mortalidade materna; 13. Reduzir a prevalência de fumantes; 14. Reduzir o número de internações por complicações de diabetes mellitus; 15. Reduzir o número de quedas em idosos; 16. Reduzir o sobrepeso e a obesidadeem crianças, adolescentes e adultos |
| **Integrar as ações de Vigilância em Saúde no estado do Piauí, com ênfase no componente de Vigilância Epidemiológica** | 1. Ampliar a capacidade de investigação do óbito infantil e fetal; 2. Ampliar a capacidade de investigação do óbito materno 3. Aumentar a cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos; 4. Aumentar a homogeneidade das coberturas vacinais 5. Aumentar a sensibilidade e oportunidade na detecção, notificação e investigação das doenças e agravos à saúde; 6. Desenvolver ações de controle; vacinação de bloqueio e quimioprofilaxia; |
| **Implementaras ações de Vigilância Sanitária garantindo a qualidade dos produtos, serviços e ambientes e sua adequação às normas sanitárias** | 1. Inspecionar estabelecimentos; 2. Monitorar municípios; 3. Treinar técnicos |
| **Fortalecer a integralidade das ações de Vigilância em Saúde no estado do Piauí, com ênfase no componente de Vigilância Ambiental** | 1. Melhorar a vigilância e o controle das zoonoses ( acidentes por animais peçonhentos e febre do Nilo ocidental); 2. Desenvolver ações de controle em municípios com vetores de doenças endêmicas tais como: Dengue, Lheismaniose, Chagas, Malária, Esquistossomose, Filariose e Tracoma; 3. Desenvolver ações de controle e vigilância de agravos não biológicos (controle da qualidade da águapara consumo humano; vigilância de populações expostas a solo contaminado; vigilância da qualidade do ar; vigilância e controle de desastres naturais; |
| **Implementar e consolidar a política de gestão estratégica e participativa no SUS (PARTICIPASUS) no estado do Piauí** | 1. Executar os Planos de Trabalho do ParticipaSUS 2. Apoiar os municípios na implementação das ações da Política de Gestão Estratégica e Participativa; 3. Capacitar técnicos |
| **Consolidar o processo de adesão dos municípios do estado do Piauí ao Pacto pela Saúde /2006 (\*Com a publicação do Dec. 7.508/2011, a organização do SUS com base em um novo modelo de gestão e no desenvolvimento de relações inter-federativas a partir de novas pautas, passarão a ser normatizadose regulados pelo COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, a ser firmado com as Regiões de Saúde constituídas no Estado por meio dos gestores dos municípios que conformam as Regiões.)** | 1. Acompanhar e monitorar o cumprimento das responsabilidades e o alcance dos indicadores pactuados pelos municípios (Pacto e a partir de 2013 no COAP); 2. Adesão e assinatura dos municípios ao Pacto e no COAP a partir de 2013; 3. TCG e programações municipais e estadual revisadas; 4. Técnicos estaduais e municipais sensibilizados e capacitados; 5. Apoiar as Regiões de Saúde na formalização do COAP |
| **Fortalecer o sistema de planejamento do SUS (PLANEJASUS) no estado do Piauí** | 1. Apoiar os municípios na elaboração dos Planos Municipais de Saúde 2. Apoiar os municípios na elaboração dos RAG por meio da utilização do SARGSUS; 3. Apoiar os municípios na implementação das ações previstas na PA (programação Anual); |
| **Modernizara Infraestrutura, Processos de Gestão da Informação e, Qualificação da Prestação de Serviços** | 1. Digitalizar AS informações arquivadas; 2. Adquirir equipamentos 3. Executar obras de adequação, reforma e ampliação nas instalações físicas 4. Implantar rotinas e fluxos; 5. Capacitar trabalhadores; 6. Implantar processos eletrônicos; 7. Implantar sistemas de informação 8. Realizar supervisões |
| **Implementar ações de controle e avaliação das ações de saúde e dos Sistemas Municipais de Saúde** | 1. Realizar oficinas de trabalho com servidores das SMS; 2. Revisar a PPI; 3. Contratualizar formalmente os prestadores; 4. Capacitar profissionais de saúde. |
| **Qualificar o processo de gestão de projetos e convênios firmados entre as SES-Pi e os órgãos da esfera federal e entre as SES-Pi e os municípios do estado** | 1. Assessorar municípios demandantes; 2. Cumprir metas físicas e financeiras 3. Prestar contas com vistas a aprovação, dos convênios e repasses fundo-a-fundo 4. Elaborar projetos técnicos para captação de recursos com formato técnico que viabilize aprovação;; 5. Capacitar técnicos da área de convênios. |
| **Fortalecer o sistema de ouvidoria do SUS no âmbito dos serviços públicos de saúde de abrangência municipal e estadual** | 1. Inserir, acolher, analisar, encaminhar e encerrar no sistema ouvidorSUS as demandas formuladas pelo usuário; 2. Sensibilizar e estimular os municípios a implantar Serviços de Ouvidoria; 3. Implementar na rede de saúde estadual os serviços de ouvidoria implantados; 4. Capacitar técnicos da área. |
| **Fortalecer e consolidar a Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no âmbito dos serviços públicos de saúde do SUS, vinculados às esferasmunicipal e estadual** | 1. Implantar e implementar nas unidades de saúde da rede pública estadual GTH (Grupos de Trabalho de Humanização); 2. Apoiar a elaboração dos Planos de Trabalho dos GTH implantados; 3. Sensibilizar e estimular a adesão dos municípios à PNH/PEH; 4. Implantar nas unidades/serviços de saúde, pelo menos, 02 dispositivos da PNH/PEH |
| **Qualificar o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS** | 1. Realizar auditorias assistenciais; 2. Avaliar os municípios; 3. Capacitar técnicos |
| **Apoiar e assessorar técnica e financeiramente os Hospitais descentralizados para a gestão municipal** | 1. Apoiar financeiramente o custeio dos Hospitais repassados para a gestão municipal 2. Apoiar tecnicamente as unidades descentralizadas |
| **Implantar a atenção à saúde do trabalhador, qualificando os profissionais e os trabalhadores do SUS** | 1. Desenvolver processos de qualificação e formação de trabalhadores do SUS; 2. Inspecionar Empresas 3. Trabalhadores atendidos, vacinados e capacitados |
| **Fortalecer a Educação Permanente em Saúde no Piauí** | 1. Capacitar Conselheiros de Saúde 2. Realizar eventos de qualificação de trabalhadores do SUS; 3. Capacitar profissionais |
| **Implantaro Centro de Pesquisa e Produção Científica - Fiocruz do Sertão - Pi** | 1. Estruturar os serviços 2. Capacitar técnicos 3. Realizar pesquisas |
| **Implantara Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências – Atendimento especializado de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no território de Entre Rios** | 1. Realizar estudos sobre o perfil das Regiões de Saúde para subsidiar a elaboração dos Planos de Ação da Rede Cegonha; RUE e Rede de Atenção psicossocial; 2. Assessorar os municípios na elaboração dos Planos Municipais; 3. Propor ações e serviços que atendam as demandas da Região e dos usuários; 4. Elaborar projetos para captação de recursos adicionais para apoio à implantação e implementação das RAS (QualiSUS-Rede) 5. Implantar e implementar o QualiSUS-Rede na sua área de abrangência 6. Capacitar profissionais; 7. Elaborar e implantar protocolos, fluxos e procedimentos; 8. Implantar modelo de gestão com monitoramento de indicadores 9. Monitorar e acompanhar o desenvolvimento das atividades previstas. |
| **Fortalecer a Atenção Primária no contexto das ações e serviços de saúde do Piauí** | 1. Aumentar a cobertura da ESF; 2. Efetivar o co-financiamento da atenção básica para os municípios 3. Incrementar as ações de promoção da saúde na Escola 4. Intensificar e qualificar o processo de monitoramento e avaliação da ESF; 5. Melhorar a infraestrutura da AB nos municípios; 6. Melhorar a resolubilidade da AB; 7. Melhorar os indicadores da AB, inclusive de Saúde Bucal; 8. Qualificar os profissionais para a prestação de ações e serviços de saúde. |
| **Implementar a Política de Atenção à Saúde Mental** | 1. Aumentar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; 2. Aumentar a capacidade resolutiva dos serviços de atenção à saúde mental; 3. Aumentar o acesso a serviços substitutivos de saúde mental 4. Implantar CAPS; 5. Capacitar profissionais e gestores |
| **ConstruirUnidades/Serviços de Saúde** | 1. Construir UBAS 2. Construir e Equipar as UPAS 3. Construir o Complexo Materno-Infantil e Adolescente 4. Construir o Hospital Regional de Picos |
| **Modernizar e qualificar o processo de gestão de controle de estoque de medicamentos.** | 1. Reduzir a perda de medicamentos por prazo de validade vencido; 2. Reduzir o desvio de medicamentos; 3. Garantir estoque regulador com suficiência de medicamentos para atendimento às demandas. |
| **Construir o novo prédio da SESAPI eequipar as unidades de saúde** | 1. Elaborar projeto arquitetônico 2. Executar obra 3. Adquirir e instalar sistema e equipamento de prevenção e combate a incêndio |
| **Implantar rede de abastecimento de água e melhorias domiciliares em comunidades de baixa renda da região do semiárido - PROSAR** | 1. Beneficiar com sistema de abastecimento de água e esgotamento sanitário as comunidades priorizadas dos municípios da região do semi-árido. |

**EIXO 1:ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

* **Objetivo Geral**:
* Garantir o acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, otimizando, readequando e ampliando a sua oferta, integrando recursos na busca da prevenção, tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.
* Efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral tendo como eixo estruturante o Programa Saúde da Família, promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde;
* Coordenar os fluxos e contra-fluxos dos usuários adscritos em cada área de atuação;
* Ampliar o acesso com qualificação e humanização da atenção.

**Objetivos Específicos:**

**Linha 1: Atenção Básica**

**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde da mulher

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Garantir exames preventivos do câncer do colo do útero, de modo a cobrir 80% da população feminina usuária do SUS na faixa etária de 25 a 59 anos. | 2012-2015 |
| 2 – Ampliar a cobertura de mamografia, em mulheres acima de 40 anos, garantindo 1 exame/ano. | 2012-2015 |
| 3 – Ampliar a oferta de exames de ultra-sonografia mamária. | 2012-2015 |
| 4 – Ampliar a realização de punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo. | 2012-2015 |
| 5 – Estimularas SMS a implementar o planejamento familiar em 100% das unidades. | 2012-2015 |
| 6 – Apoiar as SMS com vistas a garantir acompanhamento do pré-natal ao puerpério a 100% das gestantes cadastradas na rede de serviços, conforme protocolo. | 2012-2015 |
| 7-Evitar a ocorrência de casos de tétano neonatal. | 2012-2015 |
| 8 – Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde da mulher

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 9 – Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. | 2012-2015 |
| 10 – Reduzir a proporção de partos cesáreos. | 2012-2015 |
| 11 – Manter a taxa de mortalidade materna abaixo de 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. | 2012-2015 |
| 12– Aumentar a proporção de óbitos investigados em mulheres de idade fértil. | 2012-2015 |
| 13 – Aumentar a razão entre exames citopatológicoscérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária | 2012-2015 |
| 14 – Reduzir a Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero. | 2012-2015 |
| 15 – Reduzir Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Promover o controle da Tuberculose

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1. Curar 85% dos casos diagnosticados. | 2012-2015 |
| 2. Investigar os casos de multiresistência - TBMR em 100% dos casos de falência do tratamento convencional | 2012-2015 |
| 3. Reduzir a proporção de abandono de tratamento. | 2012-2015 |
| 4. Detectar pelo menos 70% de casos estimados. | 2012-2015 |
| 5. Reduzir a incidência de tuberculose pulmonar positiva no Estado | 2012-2015 |
| 6. Reduzir a taxa de mortalidade | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Promover o controle da Hanseníase

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Reduzir a proporção de abandono de tratamento da hanseníase | 2012-2015 |
| 2 – Reduzir a taxa de detecção de casos de hanseníase. | 2012-2015 |
| 3 – Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados; | 2012-2015 |
| 4 – Reduzir a taxa de prevalência da hanseníase; | 2012-2015 |
| 5 – Reduzir a proporção de grau de incapacidade I e II registrado no momento do diagnóstico. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Promover o controle da Diabetes

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Reduzir a proporção de internações por cetoacidosee comadiabético | 2012-2015 |
| 2 – Reduzir a proporção de internações por diabetes Mellitus | 2012-2015 |
| 3 – Aumentar a proporção de portadores de Diabetes Mellitus, com 40 anos ou mais, cadastrados | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Promover o controle da Hipertensão

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Reduzir a taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC) em pessoas com idade maior ou igual a 40 anos. | 2012-2015 |
| 2 – Reduzir a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares em pessoas com idade maior ou igual a 40 anos. | 2012-2015 |
| 3 – Reduzir a taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) em pessoas com idade maior ou igual a 40 anos | 2012-2015 |
| 4 – Aumentar a proporção de portadores de Hipertensão, com 40 anos ou mais, cadastrados | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Aprimorar e qualificar a Atenção Básica

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Realizar Monitoramento e Avaliação em 100% dos municipais comestratégia de saúde da família implantada. | 2012-2015 |
| 2 – Estimular os municípios a promover adequação física em 100% das unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na perspectiva da ambiência saudável. | 2012-2015 |
| 3 – Estimular a Implantação de instrumento de avaliação –PMAQ- em 100% das unidades básicas de apoio às equipes. | 2012-2015 |
| 4 – Em articulação com os Municípios, elaborar e estimular a implantação de protocolos assistenciais em 100% das unidades. | 2012-2015 |
| 5- Elaborar protocolos assistenciais para áreas estratégicas, definidas pela gestão. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Implementar a política de atenção à saúde da população carcerária

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Em articulação com a Secretaria Estadual de Justiça, definir e implementar mecanismos que assegurem atendimento assistencial a 100% da população carcerária | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Fortalecer as ações estaduais de prevençãoe controle da AIDS e das doenças sexualmente transmissíveis

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Reduzir a incidência do HIV-AIDS. | 2012-2015 |
| 2 - Garantir o apoio laboratorial para testagem do HIV em 100% da demanda existente. | 2012-2015 |
| 3 - Implementar o funcionamento do centro de testagem e aconselhamento-CTA para triagem sorológica e hepatites virais. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Implantar e Implementar a Política de Promoção à Saúde

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1-Estimular as SMS a disseminarem em 100%de unidades básicas de saúde que trabalham com grupos operativos a adoção de hábitos de vida saudáveis. | 2012-2015 |
| 2 –Apoiar tecnicamente as SMS a implantarem, enquanto política institucional, a prática da terapia comunitária. | 2012-2015 |
| 3 – Implantarem 100% das unidades no âmbito da SES o programa da unidade livre do fumo | 2012-2015 |
| 4 – Implantar a Política de Atenção à Saúde do Homem | 2012-2015 |
| 5 – Implementar as ações de competência estadual referentes à Política de Atenção à saúde do Idoso | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Implementar as ações de competência estadual de Atenção à Saúde da Criança

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Reduzir a taxa de mortalidade infantil | 2012-2015 |
| 2 – Reduzir a taxa de mortalidade neonatal | 2012-2015 |
| 3 – Reduzir a taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda - IRA em menores de 5 anos de idade | 2012-2015 |
| 4 – Reduzir a Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer | 2012-2015 |
| 5 – Aumentar a cobertura de aleitamento materno, para criançasmenores de 4 meses, cadastradas no Sistema de Informações de Atenção Básica – SIAB. | 2012-2015 |
| 6 – Reduzir a Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas. | 2012-2015 |
| 7 – Reduzir a taxa de internação por Doenças Diarréicas Agudas – DDA em menores de 5 anos de idade | 2012-2015 |
| 8 – Apoiar o desenvolvimento de ações que venham a garantir a disponibilidade de vitamina A em 100% das unidades de saúde dos municípios para crianças de 6 a 59 meses. | 2012-2015 |
| 9 – Implementar o programa de suplementação do ferro em criança de 6 a 59 meses, em 100% das Secretarias Municipais de Saúde. | 2012-2015 |
| 10 – Garantir que as crianças inseridas no programa bolsa família sejam acompanhadas nos programas das unidades de saúde dos municípios. | 2012-2015 |
| 11 – Garantir o acesso ao programa de combate e controle das carências nutricionais às gestantes e crianças em risco nutricional. | 2012-2015 |
| 12 – Apoiar as SMS na implantação e implementação do protocolo de atenção à criança até 24 meses com intolerância à lactose e à proteína do leite | 2012-2015 |
| 13 – Garantir a distribuição da caderneta de saúde da criança em 100% das crianças nas maternidades. | 2012-2015 |
| 14 – Garantir em 100% das maternidades da rede publica estadual o acesso ao registro civil da criança | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Promover a atenção integral à saúde do adolescente

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Apoiar 100% das SMS na implantação do cartão do adolescente | 2012-2015 |
| 2– Implementar, de forma intersetorial e integrada, a política estadual de saúde do adolescente | 2012-2015 |
| 3 – Reduzir a gravidez na adolescência. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Implementar as ações de competência estadual de Atenção Integral à Saúde do Idoso

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Apoiar as SMS na capacitação de técnicos dos serviços com vistas a garantir o acolhimento preferencial ao idoso respeitando a classificação de risco em 100% nas unidades de saúde. | 2012-2015 |
| 2 – Priorizar a remoção do idoso em risco nos programas de remoção especial. | 2012-2015 |
| 3 –Apoiar as SMS na implantação do programa de atenção ao portador de doenças de Alzheimer e Mal de Parkinson. | 2012-2015 |
| 4 – Apoiar as SMS na implantação de protocolo de atenção ao idoso | 2012-2015 |
| 5 – Garantir acompanhamento, dentro de um projeto terapêutico integral, a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na rede de serviços estadual. | 2012-2015 |
| 6 - Reduzir a proporção de internação por diabetes em idosos. | 2012-2015 |
| 7 – Reduzir a taxa de mortalidade de câncer de próstata | 2012-2015 |

**Linha 2. Atenção Especializada**

**Objetivos Específicos:**

* Facilitar o acesso, à oferta de tecnologia de maior complexidade, regulando a sua incorporação a partir de critérios de necessidades, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade técnico científica.
* Reorganizar a atenção especializada, a partir da redefinição do perfil assistencial da rede de serviços de apoio à atenção básica, visando garantir a integralidade da assistência.

**DIRETRIZ: :**Reorganizar a atenção hospitalar

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Elaborar um plano operativo para redimensionamento da capacidade instalada da rede hospitalar credenciada ao SUS. | 2012-2015 |
| 2 – Caracterizar e definir o perfil assistencial do hospital público em função das necessidades epidemiológicas, demográficas e de características regionais. | 2012-2015 |
| 3 – Monitorar, acompanhar e avaliar o processo de Regulação dos leitos da rede hospitalar credenciada ao SUS, notadamente quanto ao acesso aos hospitais de referência da rede estadual. | 2012-2015 |
| 4 – Implantar e implementar a Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde em unidades da rede estadual, apoiando tecnicamente as SMS na implantação da política | 2012-2015 |
| 5 – Implantar o Comitê de Monitoramento de Controle da Infecção Hospitalar nas unidades da rede estadual | 2012-2015 |
| 6 – Atualizar os Termos de Cooperação entre Entes Públicos com todas as SMS que contratam serviços dos os hospitais públicos estaduais. | 2012-2015 |
| 7. Construir, reformar e/ou ampliar é equipar em municípios do interior com incipiência de serviços de saúde as UBAS – Unidades Básicas Avançadas de Saúde comresolutividadepara realização e atenção ao Parto Normal humanizado que não implique em risco para a paciente | 2012-2015 |
| 8-Implantar e implementar nos Territórios de Desenvolvimento a Rede Temática de Atenção Obstétrica e Neonatal (CEGONHA) como estratégia para redução da mortalidade materna e infantil. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Fortalecer o apoio diagnóstico

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1– Implantar os serviços de referência em microbiologia na rede pública estadual | 2012-2015 |
| 2 – Implantar em 100% dos laboratórios regionais da rede estaduala realização de exames de basciloscopia para tuberculose. | 2012-2015 |
| 3 – Garantir os exames de Patologia Clínica Genotipagem (Biologia Molecular). | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Reorganizar a atenção ambulatorial em média e alta complexidade

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Garantir o acesso aos procedimentos de média complexidade referencia dos para as unidades hospitalares da rede estadual | 2012-2015 |
| 2 – Assegurar a manutenção da gestão recursos financeiros para o custeio dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial hospitalar realizados nos hospitais sob gestão estadual, mesmo em municípios com gestão plena do sistema de saúde | 2012-2015 |
| 3 – Implementar a política de complexidade, priorizando os protocolos já instituídos pela direção nacional do SUS. | 2012-2015 |
| 4 – Redefinir o perfil assistencial das unidades de saúde em resposta às demandas oriundas da Programação Pactuada e Integrada e quadro epidemiológico. | 2012-2015 |
| 5 – Implantar o serviço de pequenas cirurgias nas unidades da rede estadual, garantindo a infra-estrutura necessária para operacionalização das atividades. | 2012-2015 |
| 1. Reorientar o papel e readequar a infra-estrutura física do HGV – Hospital Geral de alta complexidade de referência estadual | 2012-2015 |
| 1. Construir o Complexo Materno Infantil para referência estadual na atenção à Mulher e à Criança | 2012-2015 |
| 1. Implantar e implementar nas Regiões de Saúde prioritárias a Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências | 2012-2015 |
| 1. Implantar e implementar na Região de Entre Rios o projeto QualiSUS-Rede de apoio à implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Fomentaro desenvolvimento tecnológico

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1. Inserir nos fóruns institucionais já existentes conteúdos relacionados à ciência, tecnologia e inovações na área de saúde. | 2012-2015 |
| 1. Em parceria com o Ministério da Saúde, Deptº de Ciência & Tecnologia, implementar o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde para o SUS | 2012-2015 |

**Linha 3. Redes Estratégicas**

**Objetivos Específicos:**

* Garantir a adoção de linhas de cuidado na atenção integral à saúde bucal e mental, à pessoa com deficiência, à saúde do trabalhador e às pessoas submetidas às situações de violência.
* Implementar a rede de atenção às urgências e emergências, propiciando o acolhimento adequado, com triagem classificatória de risco e a humanização do atendimento.

**DIRETRIZ:** Implementar a rede da atenção em saúde mental

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Implementar o projeto de apoio matricial em saúde mental | 2012-2015 |
| 2 – Ampliar em 100% os leitos psiquiátricos em hospital geral. | 2012-2015 |
| 4 – Ampliar a rede de saúde mental, em 100%. | 2012-2015 |
| 5 – Implantar e implementar a Rede Temática de Atenção Psicossocial nas regiões de saúde priorizadas | 2012-2015 |
| 6 – Apoiar as SMS na qualificação do SAMU para atendimento às urgências psiquiátricas | 2012-2015 |
| 7 – Apoiar as SMS na implantação da assistência terapêutica aos dependentes das drogadições diversas | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Apoiar a **i**mplantação de linha de cuidado às pessoas submetidas às situações de violência e outros agravos

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Implantar núcleo de prevenção da violência e promoção à saúde no âmbito da rede estadual | 2012-2015 |
| 2 – Implementar a notificação compulsória de casos de violência e outros agravos em 100% das unidades da rede estadual | 2012-2015 |
| 3 – Garantir o atendimento de 100% dos casos notificados de situações de violência e outros agravos em uma rede progressiva de cuidados em saúde. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** ImplantarRede de Atenção à saúde daPessoa com Deficiência - PCD

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Implementar o acolhimento das pessoas com deficiência em 100% das Unidades de Saúde da rede estadual em todos os níveis de atenção | 2012-2015 |
| 2 – Implementar o funcionamento das 35 unidades de reabilitação no nível intermediário da rede estadual localizadas nas unidades de saúde de referência no interior do estado | 2012-2015 |
| 3 – Garantir a acessibilidade física às pessoas portadoras de deficiência em 100% dos prédios que compõem o sistema estadual de saúde. | 2012-2015 |
| 4 – Implementar triagem em Oto-emissões acústicas em todos os nascidos vivos nas maternidades da Rede Estadual de Saúde. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Implantarrede de saúde do trabalhador

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Apoiar as SMS na capacitação das equipes da atenção básica e saúde da família para a detecção dos agravos à saúde do trabalhador, de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e CEREST. | 2012-2015 |
| 2 – Garantir o apoio diagnóstico nas patologias ocasionadas pelas atividades laborais. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Implementara atenção integral em saúde bucal

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1. Garantir a distribuição de kits de higiene bucal para a população assistida na estratégia saúde da família para efetivação dos procedimentos preventivos coletivos. | 2012-2015 |
| 1. Capacitar 100% dos profissionais de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família de acordo com a nova política adotada. | 2012-2015 |
| 1. Aumentar a cobertura de primeira consulta odontológica programática. | 2012-2015 |
| 1. Aumentar em 10% a cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada. | 2012-2015 |
| 1. Aumentar a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. | 2012-2015 |
| 1. Reduzir a proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Implementar o atendimento às Urgências e Emergências (serviços pré-hospitalar fixo e móvel)

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 - Integrar a central de regulação ao serviço móvel de urgência e emergência e as demais portas de entrada | 2012-2015 |
| 2 - Implantar no âmbito do estado as UPAS – Unidades de Pronto Atendimento programadas e pactuadas com o Ministério da Saúde | 2012-2015 |
| 3–Implantar e integrar a (s)central(is) de regulação estadual às centrais de regulação dos municípios, em conformidade com o modelo de regulação priorizado para o Estado; | 2012-2015 |

**Linha 4. Assistência Farmacêutica**

**Objetivos Específicos:**

* Garantir ao usuário do SUS o acesso ao medicamento seguro e eficaz, otimizando todo o processo de disponibilização de insumos farmacêuticos.

**DIRETRIZ:** Implementar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Garantir o medicamento para 100% dos usuários portadores de patologia dos programas estratégicos. | 2012-2015 |
| 2 – Informatizar o ciclo logístico de assistência farmacêutica | 2012-2015 |
| 3 – Garantir a disponibilização de 100% de medicamentos ,insumos farmacêuticos e produtos médicos hospitalares necessários à atenção básica. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Prevenir e controlar a AIDS , outras doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose e hanseníase.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Garantir a 100% dos portadores de HIV/AIDS os medicamentos específicos em caráter complementar àqueles fornecidos pelo nível federal. | 2012-2015 |
| 2 – Prover as condições necessárias a ampliação dos exames diagnósticos para HIV. | 2012-2015 |
| 3 – Garantir a distribuição de preservativos a população | 2012-2015 |
| 4 - Garantir medicamentos que complementem o tratamento de 100% das pessoas portadoras de tuberculose e hanseníase | 2012-2015 |
| 5 - Garantir insumos, medicamentos e materiais médico hospitalares necessários a realização dos procedimentos diagnósticos e de tratamento em ginecologia e obstetrícia a 100% das pacientes atendidasna rede pública estadual | 2012-2015 |

**EIXO 2 – VIGILÂNCIA À SAÚDE**

**Objetivos Gerais:**

* Prevenir e controlar danos, perigos e agravos à saúde coletiva, através do monitoramento dos fatores de riscos oriundos da produção e consumo de bens e serviços do meio ambiente (água, ar, solo e desastres naturais), das zoonoses e da transmissão de doenças que sejam alvo de controle da vigilância à saúde.
* Controlar riscos oriundos da produção e consumo de bens e serviços, meio ambiente, inclusive os ambientes de trabalho, buscando a melhoria da qualidade de vida da população.
* Reduzir as taxas de morbimortalidade por doenças e fatores de risco relacionados ao meio ambiente, diminuindo danos à saúde individual e coletiva.

**Objetivos Específicos:**

**Linha 1 – Vigilância Sanitária**

**DIRETRIZ:** Prevenir e controlarriscos sanitários relativos aos produtos, serviços, saúde ambiental e ambientes de trabalho

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Investigar 100% dos surtos e eventos adversos notificados nas diversas áreas de atuação da VISA | 2012-2015 |
| 2 – Inspecionar 100% das Indústrias de Alimentos e Serviços de Comissaria | 2012-2015 |
| 3 – Inspecionar no mínimo, 20% do comércio de alimentos ao ano. | 2012-2015 |
| 4– Inspecionar 100% dos serviços de saúde e estabelecimentos farmacêuticos de alta complexidade. | 2012-2015 |
| 5-Inspecionar dos Laboratórios de Análises Clínicas e dos postos de coleta pertencentes a rede pública e privada de saúde. | 2012-2015 |
| 6-Prevenir e controlar riscos sanitários relativos aos produtos, serviços, saúde ambiental e ambientes de trabalho | 2012-2015 |
| 7. Regular a ação da vigilância de produtos, serviços e ambientes, com a incorporação de novas tecnologias. | 2012-2015 |
| 8-. Identificar e monitorar fatores de riscos não biológicos relacionados à contaminantes ambientais e qualidade da água para consumo humano, ar, solo e desastres naturais, de forma a minimizar os riscos de doenças decorrentes da exposição aos mesmos. | 2012-2015 |

**Linha 2- Vigilância Ambiental**

**DIRETRIZ: I**mplementar ações de vigilância ambiental para o controle da água para consumo humano, solo, ar e desastres naturais.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1. Realizar o monitoramento da qualidade da água para consumo humano em 100% dos sistemas de abastecimento de acordo com os parâmetros estabelecidos na diretriz nacional. | 2012-2015 |
| 2– Implementar a Vigilância em Saúde de populações expostas à contaminação do solo. | 2012-2015 |
| 3 – Implementar Programa de Vigilância da Qualidade do Ar. | 2012-2015 |
| 4-Implementar Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Decorrentes dos Desastres Naturais. | 2012-2015 |
| 5- Incentivar a coleta seletiva, reutilização de resíduos sólidos | 2012-2015 |
| 6. Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, considerando as diversidades locais e regionais. | 2012-2015 |

**Linha 3 – Vigilância Epidemiológica**

**Objetivos Específicos:**

* Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, considerando as diversidades locais e regionais.

**DIRETRIZ:** Prevenir e controlar as doençasimunopreveníveis

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Manter erradicada a transmissão da Poliomielite. | 2012-2015 |
| 2– Evitar a ocorrência de casos de sarampo. | 2012-2015 |
| 3 – Assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 95% em relação às vacinas do calendário básico: pólio, tetravalente, hepatite B, tríplice viral, Rotavirus, bem como 90% para BCG. | 2012-2015 |
| 4 – Prevenir a ocorrência de Tétano Neonatal, mantendo a cobertura vacinal de mulheres em idade fértil em 60% e 100% em gestantes não vacinadas anualmente. | 2012-2015 |
| 5 – Manter a cobertura vacinal contra Hepatite B na população menor de 20 anos e grupos de risco não vacinados | 2012-2015 |
| 6– Vacinar anualmente, cerca de 70% da população com 60 anos e mais, contra influenza. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Controlar as doenças transmissíveis

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 –Assegurar a Notificação de 100% dos casos suspeitos de Doenças de Notificação Compulsória – DNC, junto aos estabelecimentos de saúde públicos e privados. | 2012-2015 |
| 2 – Encerrar oportunamente as investigações de doenças de notificação compulsória, exceto dengue. | 2012-2015 |
| 3 – Investigar 100% de casos de doenças transmitidas por alimentos e água | 2012-2015 |
| 4– Confirmar laboratorialmente pelo menos 38% dos casos de Meningite Bacteriana/ano. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Monitorar os agravos de relevância epidemiológica

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1- Monitorar 100% dos casos de Doenças Diarréicas Agudas/ano. | 2012-2015 |
| 2 – Implementar a Vigilância Sentinela da Influenza | 2012-2015 |
| 3 – Implementar a Vigilância Epidemiológica da Sífilis em gestantes | 2012-2015 |
| 4 – Investigar e monitorar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil por ano. | 2012-2015 |
| 5 – Implementar a Vigilância epidemiológica do HIV/AIDS, investigando 100% dos casos notificados e monitorando 100% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Implementar a vigilância à saúde para responder às urgências e emergências de vigilância epidemiológica.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Implementar no nível central, unidade de Resposta Imediata em regime de 24h, visando o fortalecimento da capacidade de detecção oportuna, investigação e resposta frente às emergências epidemiológicas. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Manter atualizados os sistemas de informação da Vigilância Epidemiológica no âmbito estadual

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Manter a cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade em pelo menos 95% dos óbitos de residentes no Estado, baseado no parâmetro de 4 óbitos/mil habitantes. | 2012-2015 |
| 2 – Reduzir o percentual de óbitos com causa básica mal definida em relação ao total de óbitos notificados. | 2012-2015 |
| 3 – Manter a cobertura do Cadastro de100% de Nascidos Vivos no sistema de informação de nascidos vivos - SINASC. | 2012-2015 |
| 4 – Acompanhar a alimentação dos bancos de dados do SINAN por parte dos municípios | 2012-2015 |
| 5 – Alimentar na periodicidade exigida pelo MS o banco de dados SI-API da SES | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Controlar as doenças não transmissíveis

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 –Implementarserviço de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. | 2012-2015 |
| 2 – Monitorar as doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência no Estado. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Realizar ações voltadas à promoção, prevenção e o controle das zoonoses urbanas e outros agravos correlacionados, além de promover a defesa e o bem-estar animal.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1. Coordenar , acompanhar e apoiar tecnicamente as SMS nas ações de prevenção e controle das a Leishmaniose Visceral de risco. | 2012-2015 |
| 1. Coordenar , acompanhar e apoiar tecnicamente as SMS nas ações de prevenção e controle Esquistossomose em 100% das áreas endêmicas. | 2012-2015 |
| 1. Coordenar , acompanhar e apoiar tecnicamente as SMS nas ações de prevenção e controle a raiva (hibrofobia) em 100% dos municípios | 2012-2015 |
| 1. Coordenar , acompanhar e apoiar tecnicamente as SMS nas ações de prevenção e controle doenças e agravos transmitidos por roedores. | 2012-2015 |
| 1. Coordenar , acompanhar e apoiar tecnicamente as SMS nas ações de prevenção e controle doenças e agravos provocados por animais peçonhentos e controlar sua proliferação em 100% das áreas de risco | 2012-2015 |
| 1. Controlar vetores em 100% das áreas endêmicas. | 2012-2015 |
| 1. Reduzir a menos de 1% o índice de infestação predial de aedes Aegypti nos municípios do estado | 2012-2015 |
| 1. Reduzir o número de casos notificados a cada ano em pelo menos 50%. | 2012-2015 |
| 1. Reduzir em 100% a morbidade ou letalidade por febre hemorrágica. | 2012-2015 |
| 1. Reduzir o índice de pendência de visitas sanitárias em imóveis não trabalhados | 2012-2015 |

**EIXO 3 – GESTÃO EM SAÚDE**

**Objetivo Geral:**

* Fortalecer a capacidade de gestão púbica no âmbito da saúde, de forma a potencializar o conjunto de recursos disponíveis na prestação de serviços, otimizando e ampliando a estrutura física e tecnológica para a qualificação da atenção, atuando de forma integrada e participativa com órgãos afins e organismos de controle social.

**Objetivos Específicos**

* Implementar uma política de valorização dos trabalhadores em saúde, tomando como eixo orientador a humanização e qualificação no trabalho, fortalecendo e aperfeiçoando a gestão do SUS.
* Garantir a capacitação permanente da força de trabalho da saúde, aprimorando a qualificação da assistência às pessoas

**Linha 1 – Gestão de Pessoas**

**DIRETRIZ:** Fortalecer a gestão do trabalho no SUS.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Realizar um censo do servidor na perspectiva de elaborar diagnóstico situacional da força de trabalho em saúde. | 2012-2015 |
| 2 – Revisar e implementar o Plano de Carreira, Cargos e Salários para todos os servidores. | 2012-2015 |
| 3 – Implantar o Regimento da SES com atribuições dos departamentos, setores e núcleos, definindo perfil do corpo gerencial. | 2012-2015 |
| 4 – Implementar e fortalecer a mesa de negociação permanente para o trabalho em saúde. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Implantar programa de educação permanente e qualificação do trabalho em saúde

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Implementar a política de educação permanente para o trabalho em saúde. | 2012-2015 |
| 2 – Implementar a política de integração ensino/serviço - CIES | 2012-2015 |
| 3 – Capacitar os profissionais em áreas técnicas específicas e apoiar a capacitação dos técnicos das SMS | 2012-2015 |
| 4 –Apoiar a implementação de programa de residência integrada em saúde nas áreas de formação de interesse da saúde pública, especialmente, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família | 2012-2015 |
| 5. Implementar processo de Educação Permanente – por meio da realização de processos de Formação através da ETSUS – Escola Técnica do SUS | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Desenvolver e modernizar a atuação gerencial

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Estruturar serviço de acolhimento ao trabalhador em saúde, segundo as diretrizes da PEH | 2012-2015 |
| 2 – Revisar, implementar e monitorar fluxograma para processos administrativos | 2012-2015 |
| 3 – Elaborar cartilha de direitos e deveres do servidor. | 2012-2015 |
| 4 – Implantar e implementar política de avaliação institucional do trabalhador em saúde. | 2012-2015 |
| 5 – Estruturar sistema de informação, contendo banco de dados dos trabalhadores do SUS Estadual | 2012-2015 |
| 6 – Revisar a cada biênio, dispositivos regulamentares da estrutura organizacional da SES. | 2012-2015 |
| 1. Produzir, reproduzir e disseminar material instrutivo, informativo e educativo sobre políticas, programas e serviços em saúde | 2012-2015 |

**Linha 2 – Gestão de Processos**

**Objetivos Específicos**

* Aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão estadual e aprimorando os processos de negociação e pactuação, atendendo às necessidades e demandas locais.
* Fomentar o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando a promoção à saúde através da informação, educação e comunicação, fortalecendo o processo participativo e co-responsável.
* Monitorar, avaliar e controlar o desenvolvimento da Política Estadual de Saúde, através de metodologias que favoreçam o redimensionamento do processo de trabalho.

**DIRETRIZ:** Fortalecer a gestão descentralizada do SUS.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Redefinir normas e protocolos administrativos da SES, atribuindo maior fluidez de informações e agilizando a tomada de decisões. | 2012-2015 |
| 2 – Promover qualificação em gestão participativa para o Conselho Estadual, Conselhos Gestores em 100% das Unidades sob gestão estadual e nas Coordenações Regionais de Saúde da SES | 2012-2015 |
| 3 – Implementar os Conselhos Gestores locais em unidades sob gestão estadual | 2012-2015 |
| 4 – Dotar a estrutura gerencial das 11 Coordenações Regionais de Saúde de condições técnicas e operacionais, tornando-os ágeis e resolutivos. | 2012-2015 |
| 5. Equipar e dotar as instâncias colegiadas de gestão do SUS – CES e CIB de condições operacionais adequadas para seu funcionamento | 2012-2015 |
| 6. Apoiar o funcionamento das CIR – Comissões Intergestores Regionais | 2012-2015 |
| 7. Atualizar e implementar o Plano Diretor de Regionalização do Estado - PDR | 2012-2015 |
| 1. Apoiar e assessorar tecnicamente por meio dos recursos provenientes do PlanejaSUS a estruturação das áreas de planejamento das SMS, inclusive com a capacitação dos técnicos locais | 2012-2015 |
| 1. Readequar e modernizar a infra-estrutura e os equipamentos da SES garantindo melhoria da ambiência e das condições de trabalho | 2012-2015 |
| 1. Viabilizar, em parceria com instituições formadoras a realização de processos de capacitação, no nível Especialização – na área de Gestão de Serviços e de Planejamento e Programação em saúde por meio dos recursos do PlanejaSUS | 2012-2015 |
| 1. Estimular, apoiar e assessorar tecnicamente as SMS na formalização do COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Aprimorar as instâncias e processos de participação social, instrumentalizando o cidadão e profissionais na defesa do SUS.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 .Implementar o Sistema Estadual de Ouvidoria em Saúde nas unidades rede estadual e na sede da SES. | 2012-2015 |
| 2. Criar e distribuir manual do usuário, atendendo, em especial, a população que utiliza os serviços públicos municipais de saúde. | 2012-2015 |
| 4 . Apoiar e Realizar Eventos que discutam a temática Saúde (Conferências Estaduais e Municipais), articulando as discussões a partir de plenárias regionais | 2012-2015 |
| 5. Desenvolver programa básico de capacitação para profissionais integrantes de veículos de comunicação popular (rádios comunitárias, jornais de bairro, etc.). | 2012-2015 |
| 6. Implementar a Política de Gestão Estratégica e Participativa - ParticipaSUS | 2012-2015 |
| 7. Apoiar por meio de recursos da ParticipaSUS a realização de eventos e a participação de representações de segmentos populacionais especiais (negros, LGBT e outros) em discussões que ampliem a inclusão e participação na tomada de decisão quanto às diretrizes da Política de Saúde | 2012-2015 |
| 1. Realizar contratação de Consultores no âmbito da ParticipaSUS para efetivação do Sistema Estadual de Ouvidoria do SUS | 2012-2015 |
| 1. Fomentar a implementação do Sistema Estadual de Auditoria | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Implantar rede de informações para a gestão do SUS e atenção integral à saúde.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Informatizar 100% das unidades de saúde sob gestão estadual | 2012-2015 |
| 2 – Efetivar um sistema de comunicação informatizado (conectividade) entre as unidades e o nível regional e central da SES | 2012-2015 |
| 3 –Apoiar as SMS na implantação e implementação d o cartão SUS através do cadastramento e processamento dos dados | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Qualificar e humanizar a atenção e a gestão em saúde.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Implementar e qualificar o Comitê Estadual de Humanização | 2012-2015 |
| 2 – Implantar o Núcleo de Acolhimento ao Servidor no âmbito da SES | 2012-2015 |
| 3 – Criar Grupo de Trabalho de Humanização em 100% das unidades de saúde sob gestão estadual | 2012-2015 |
| 4 – Implantar acolhimento com classificação de risco nas Unidades de Saúde sob gestão estadual e nas Unidades de Pronto Atendimento a serem implantadas | 2012-2015 |
| 5. Disseminar a P.E.Humanização junto às SMS por meio da realização de Oficinas de Sensibilização e desenvolvimento de Projetos sobre a temática em parcerias com outras instância e atores (Universidades, Faculdades, Serviços Privados de Saúde, etc) | 2012-2015 |
| 6. Realizar por meio de recursos da ParticipaSUS2ª turma de Formação de Apoiadores para os serviços de saúde de âmbito estadual e/ou municipal mediante diretrizes acordadas em projeto técnico a ser elaborado. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Estimular a formação de consciência sanitária em vigilância à saúde.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1. Criar e manter canais de comunicação de massa, abordando, principalmente, temas associados à vigilância à saúde (coluna no jornal, programa de rádio e TV e página na WEB). | 2012-2015 |
| 1. Promover mecanismos de disseminação ampla, rápida e sistemática junto à sociedade, de informações de interesse da saúde pública, principalmente comunicações de risco, esclarecimentos sanitários e outros. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Fortalecer o processo de educação popular em saúde com a prática da gestão Participativa

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1 – Criar fóruns eventuais e permanentes, fomentando discussões temáticas referentes às questões de vida e saúde, com caráter intersetorialnos níveis local, regional e estadual | 2012-2015 |
| 2 – Efetivar a Política de Educação Popular em Saúde, garantindo recursos materiais, tecnológicos e metodológicos, envolvendo profissionais qualificados e representantes do segmento de usuários do SUS. | 2012-2015 |

**DIRETRIZ:** Monitorar, avaliar e controlar as ações desenvolvidas no SUS.

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1. Constituir comissão permanente de avaliação da Política Estadual de Saúde. | 2012-2015 |
| 2. Capacitar dos profissionais da SES em informática e em outras áreas referentes a processos administrativos de trabalho em parceria com a Escola de Governo. | 2012-2015 |
| 1. Oferecer treinamento de ingresso a todos os recém-contratados incluindo a temática integrante da Política Estadual de Saúde em sua totalidade. | 2012-2015 |
| 1. Realizar Evento de abrangência interestadual para discussão da temática Monitoramento e Avaliação | 2012-2015 |

**3 ª Linha- Investimento em Saúde**

**Objetivo Específico**

* Institucionalizar uma política de economia na saúde, com a perspectiva de financiamento eqüitativo e eficiente do sistema, controlando custos propiciando a discussão compartilhada de orçamento e investimento, redimensionando a prática de gestão.

**DIRETRIZ:** Instrumentalizar a gestão para desenvolver ações de investimento e custeio do Sistema Estadual de Saúde

|  |  |
| --- | --- |
| **META** | **PERÍODO** |
| 1. Atualizar o Plano Diretor de Investimento em Saúde | 2012-2015 |
| 1. Criar Comitê Estadual de Monitoramento de Investimento em Saúde | 2012-2015 |
| 1. Realizar estudo econométrico das ações desenvolvidas na Assistência a Saúde para redimensionar a distribuição de recursos no SUS Estadual. | 2012-2015 |
| 1. Desenvolver política de economia na saúde a partir da priorização de investimento, de forma participativa, visando à equidade e eficiência do sistema considerando as prioridades definidas nasCIR e acordadas na PPI | 2012-2015 |
| 1. Implantar sistema de controle de custos na SES. | 2012-2015 |
| 1. Garantir uma política de aplicação de recursos específicos para as ações de promoção à saúde. | 2012-2015 |
| 1. Assegurar o cumprimento dasmetas a serem pactuadas no COAP e no PPA - | 2012-2015 |

**Monitoramento e Avaliação**

**Monitoramento e Avaliação**

A implantação do Plano Estadual de Saúde se dará com um amplo processo de mobilização de profissionais, gestores e usuários do SUS, angariando o reconhecimento das esferas políticas e da sociedade em geral.

Na Secretaria estadual de Saúde, do ponto de vista organizacional, a gestão do Plano será exercida pela Diretoriade Planejamento, a qual cuidará dos aspectos tático-operacionais inerentes à implementação. Estacontará com os operadores matriciais, que atuarão dando suporte técnico cognitivo na implantação no monitoramento, na fiscalização e na supervisão das ações.

As metas serão traduzidas em programas e projetos, nos quais são definidas ações e atividades que darão a direcionalidade do trabalho no dia-a-dia.

De acordo com as prioridades serão identificados os seus nós críticos, em função dos quais serão selecionados um conjunto básico de indicadores a serem monitorados e avaliados, não perdendo de vista o compromisso assumido com o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, as PPI da vigilância, a PPI da assistência, o Pacto pela Saúde e outros compromissos sanitários.

Cada indicador estará devidamente qualificado quanto a sua conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de obtenção, método de cálculo e categorias de análise, contribuindo dessa forma para compreensão de todos.

Dado à dinamicidade do Plano este será revisto a cada ano, mediante as necessidades apontadas no monitoramento e avaliação, sendo feitas avaliações trimestrais e apresentado seus resultados à sociedade, através de seus representantes legítimos.

Quanto à avaliação, embora seja citada constantemente no arcabouço legal do SUS e seja falada por todos que trabalham no sistema, ainda está longe de se constituir enquanto uma práticasistemática e contínua. Talvez pela cultura das instituições, por não primar pelo uso do planejamento dos bancos de dados nem sempre disponíveis pela falta do acompanhamento e aferição de metas. Hoje as dificuldades metodológicas da avaliação são de ordem qualitativa, dada pela ausência de uma linguagem única dos sistemas de informação, que, de forma desarticulada, possuem desenhos, bases de dados e finalidades distintas.

Para enfrentar estes e mais outros problemas relativos às informações o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um sistema que substituirá os subsistemas hoje existentes, sustentando grandes conjuntos de informação em saúde.

Embora reconhecendo o grande desafio de implantar a prática de avaliar enquanto inserção no ato de planejar, a SMS não abrirá mão dessa ferramenta que subsidiará a intervenção cujo objetivo será modificar a ação problema. Nesse Plano a avaliação terá três momentos distintos: a avaliação como parte integrante do planejamento, a avaliação de implementação da intervenção e avaliação dos resultados (efeitos e impactos). Estes momentos por sua vez serão focalizados, na estrutura, no processo e no resultado, conforme os tipos de problemas identificados.

Na avaliação de estrutura serão focalizadas as alterações na estrutura física, nos equipamento, nos recursos humanos e na estrutura organizacional dos serviços de saúde e nas redes. Na avaliação de processo serão analisados, entre outros aspectos, os produtos do cuidado como: acolhimento, vínculo e responsabilização no caso dos profissionais de saúde, aceitabilidade e

adesão ao tratamento pelo usuário. Na avaliação de resultados serão analisados em que medida os efeitos e impactos observados correspondem aos esperados, seja no atendimento individual ou coletivo.

Para coleta dos dados serão privilegiadas as fontes já disponíveis ou dados de fácil captação, para facilitar o processo de avaliação e integrar a gestão, contribuindo para uma melhoria contínuados serviços.