

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2024 - 2027



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**
Secretaria da Saúde



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2024 - 2027

Vitória – ES
2023

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2024 - 2027

Apresentação do Plano Estadual de Saúde – 2024/2027, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo – CES/ES, em 19 de dezembro de 2023, conforme Resolução Nº 1.345.

**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**
Secretaria da Saúde



JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

MIGUEL PAULO DUARTE NETO

Secretário de Estado da Saúde

JOSÉ TADEU MARINO

Subsecretaria de Estado da Assistência em Saúde

GLEIKSON BARBOSA DOS SANTOS

Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde

FRANCISCO JOSÉ DIAS DA SILVA

Subsecretaria de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

ÉRIKO SANGIORGIO

Subsecretaria de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

Subsecretaria de Estado de Contratualização em Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde

MÁRCIO FLÁVIO SOARES ROMANHA

Presidente do Conselho Estadual De Saúde

Equipe de Elaboração:

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Luana Cruz Freire

NÚCLEO ESPECIAL DE APOIO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Simone Barni

**NÚCLEO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO, PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO EM
SAÚDE**

Sandra Mara Magevski

Equipe Técnica e de Apoio

Andréa Cristina Abreu

Fernanda Viguini Nepomuceno

Guilherme Sarmiento Fagundes

Simony Nery Bonfim Secchim

Vera Lúcia Peruch

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE	19
3. PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL	23
3.1. Mapa Estratégico	25
4. GESTÃO E GOVERNANÇA	26
4.1 Instâncias de Pactuação Intergestores	26
4.2. Planejamento Regional Integrado	27
4.3. Programação Assistencial	28
4.4 Apoio Institucional	31
4.5 Consórcios Intermunicipais de Saúde	31
4.6. Participação social	34
4.6.1 Conselho Estadual de Saúde.....	34
4.6.2 Ouvidoria do SUS	36
4.7. Gestão da Informação e Informática em Saúde	39
4.7.1. Governança de Dados e Gestão da Informação	39
4.7.2. Sistemas de Informação e Serviços Digitais de Saúde	40
4.7.3. Segurança da Informação	40
4.7.4. Infraestrutura e Gestão de Serviços de TIC	41
4.8. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	41
4.8.1. Estágio Curricular Obrigatório na SESA	45
4.8.2. Residências Médicas	46
4.8.3. Residência em Área Profissional da Saúde (Uni ou Multiprofissional)	47
4.8.4. Inovação e Pesquisa em Saúde.....	49
4.9. Regulação	50
4.9.1. Transplantes	53
4.10. Auditoria	55
4.11. Financiamento	56
4.12. Judicialização da Saúde	60
5. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE NO ES	61
5.1 Aspectos Demográficos, Socioeconômicos, Ambientais e Culturais	61
5.1.1. Perfil Socioeconômico	65
5.1.2. Pobreza monetária	66
5.1.3. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	67
5.1.4. Taxa de desemprego	67
5.1.5. Acesso da população a água e esgoto	68

5.1.6. Perfil do Setor Suplementar	69
5.2. Perfil Epidemiológico	70
5.2.1. Perfil de Morbimortalidade: condições agudas e crônicas	70
5.2.2. Mortalidade de Mulher em Idade Fértil	76
5.2.3. Mortalidade Materna	77
5.2.4. Mortalidade Infantil	79
5.3. Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis	80
5.3.1. Cobertura Vacinal	81
5.4. Estrutura e Organização do Sistema de Saúde	84
5.4.1. Atenção Primária à Saúde	84
5.4.1.1. Agentes Comunitários de Saúde – ACS	86
5.4.1.2. Saúde Bucal	87
5.4.1.3. Promoção da Equidade	89
5.4.1.4. Consultório na Rua	89
5.4.1.5. Pessoas Privadas de Liberdade	90
5.4.1.6. Adolescentes em Conflito com a Lei	90
5.4.1.7. População Indígena	91
5.4.1.8. Saúde da população LGBTQIAPN+	91
5.4.1.9. Previne Brasil	92
5.5. Promoção da Saúde	93
5.5.1. Programa Saúde na Escola (PSE)	93
5.5.2. Práticas Integrativas e Complementares (PICS)	94
5.5.3. Saúde do Idoso	95
5.6. Rede Assistencial.....	96
5.6.1. Atenção Ambulatorial Especializada.....	98
5.6.1.1. Regionalização da AAE por meio da implantação de Micro Polos Regionais.....	100
5.6.1.2. Perfilização Ambulatorial.....	101
5.6.2. Atenção Hospitalar	101
5.6.3. Implantação da Telessaúde.....	104
5.6.4. Assistência Farmacêutica	104
5.6.5. Hemorrede	108
5.6.6. Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública	112
5.7. Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde	113
5.7.1. Atenção Primária à Saúde	114
5.7.2. Rede de Atenção Materno Infantil	114
5.7.3. Rede de Atenção às Urgências e Emergências	116
5.7.3.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192	117
5.7.3.2. Unidades de Pronto Atendimento (UPA's 24 HS)	118
5.7.3.3. Componente hospitalar	118
5.7.3.4. Atenção Domiciliar/ Melhor em Casa	119
5.7.4. Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas	120
5.7.4.1. Oncologia	121

5.7.4.2. Doença Renal Crônica – DRC	124
5.7.4.3. Sobrepeso e Obesidade	127
5.7.5. Rede de Atenção Psicossocial	129
5.7.5.1. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	130
5.7.6. Rede de Atenção à Saúde Bucal	130
5.7.7. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	132
5.7.8. Vigilância em Saúde	135
5.7.8.1. Vigilância Epidemiológica	136
5.7.8.2. Vigilância Ambiental	136
5.7.8.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador	137
5.7.8.3.1. Doenças e Acidentes Relacionados ao Trabalho (DART)	138
5.7.8.3.2. Mortalidade por acidente de trabalho	139
5.7.8.4. Vigilância Sanitária	140
6. POLÍTICAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS	142
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	144
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PES.....	147
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148
10. REFERÊNCIAS.....	150
11. ANEXO.....	151

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACEs	Agente de Combate a Endemias
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ADRU	Área de Disposição Final de Resíduos Urbanos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CES	Conselho Estadual de Saúde
CES	Conferência Estadual de Saúde
CESTAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMG	Coeficiente de Mortalidade Geral
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
CR	Central de Regulação
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DO	Declarações de Óbito
EAD	Educação a Distância
ES	Estado do Espírito Santo
ESB	Equipe de Saúde Bucal

ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEVS	Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Hcor	Hospital do Coração
HEMOES	Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICEPi	Instituto Capixaba de Ensino de Pesquisa e Inovação em Saúde
IIMR	Instrumento de Identificação de Municípios de Risco
IJSN	Instituto Jones Santos Neves
INCA	Instituto Nacional de Câncer
iNOVA	Fundação iNOVA de Saúde da SESA
LACEN	Laboratório Central da SESA
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LOA	Lei Orçamentária Anual
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
LV	Leishmaniose Visceral
MDDA	Monitorização da Doença Diarreica Aguda
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PFA	Paralisias flácidas agudas
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por amostra de domicílios
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNI	Programa Nacional de Imunização

PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PSE	Programa de Saúde da Escola

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos Profissionais de Saúde no CNES

Gráfico 2: Vagas de Estágio por Estabelecimento de Saúde

Gráfico 3: Transição demográfica por sexo e faixa etária no ES

Gráfico 4: Série histórica da renda mensal domiciliar per capita – ES 2012 – 2022

Gráfico 5: Taxa de cobertura de planos de saúde no ES – 2017 a 2023*

Gráfico 6: Percentual de mortalidade pelos principais grupos de causas no ES. 2019-2022

Gráfico 7: Coeficiente de Mortalidade Materna por 100.000 NV. ES 2012 – 2022

Gráfico 8: Taxa de mortalidade infantil segmentada. 2012-2022, ES

Gráfico 9: Coberturas vacinais do esquema primário das crianças menores de 2 anos de idade, ES, 2022

Gráfico 10: Série histórica de equipes de SF Homologadas pelo MS. Período 2013 - 2022.

Gráfico 11: Série histórica de cobertura populacional estimada por equipes de APS. Período 2013 a 2022

Gráfico 12: Série histórica de cobertura populacional estimada por Agentes Comunitários de Saúde no ES. Período: dezembro 2013 a dezembro 2022

Gráfico 13: Série histórica do número de equipes de Estratégia de Saúde Bucal Homologadas – Período: 2013 a 2021.

Gráfico 14: Série histórica do percentual de cobertura populacional estimada de ESFSB* e SB AB**. 2013 – 2021.

Gráfico 15: Internações pelos seis principais grupos de causas, para a população de 60 anos e mais. Espírito Santo – Período: 2017 a 2022*.

Gráfico 16: Óbitos prematuros por doenças crônicas não transmissíveis no ES. Período: 2017 a 2022

Gráfico 17: Série histórica do Estado Nutricional de adultos no ES, 2012 a 2022

Gráfico 18: Contribuição percentual dos fatores ocupacionais para a morte prematura e perda de saúde por doenças crônicas não transmissíveis, no Espírito Santo, 2019

Gráfico 19: Frequência absoluta das notificações por Doenças e Agravos relacionados ao trabalho, segundo região de saúde, no período de 2012 a 2021, no Espírito Santo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Organograma SESA

Tabela 2: Servidores SESA, por tipo de vínculo e quantidade

Tabela 3: Força de Trabalho em unidades geridas por Organização Social em julho de 2023

Tabela 4: Distribuição dos estabelecimentos e trabalhadores

Tabela 5: Cenário comparativo de residências médicas e em área profissional de saúde

Tabela 6: Panorama dos programas de residência em área profissional no Espírito Santo

Tabela 7: Despesas Liquidadas SESA – 2019 a 2022

Tabela 8: Evolução da judicialização da saúde no Espírito Santo por número de demandas e despesa, 2014-2022

Tabela 9: População do Estado por região de saúde e a variação no período 2000 - 2022

Tabela 10: Série histórica 2013 a 2022 de nascidos vivos no ES

Tabela 11: Taxa de analfabetismo no Brasil e ES em 2021

Tabela 12: Série histórica taxa de desemprego no Brasil, no Sudeste e no ES

Tabela 13: Percentual da população com abastecimento de água em domicílio

Tabela 14: Percentual da população com esgoto tratado em domicílio

Tabela 15: Causas de morbidade hospitalar no ES entre 2020-2022

Tabela 16: Causas de óbitos de mulheres em idade fértil segundo causas externas - ES. 2012 a 2022

Tabela 17: Caracterização dos casos de SRAG hospitalizadas até a semana epidemiológica 52 de início dos sintomas segundo o desfecho atendidos no estado do Espírito Santo, em 2022

Tabela 18: Cobertura vacinal total covid-19 monovalente da população acima de 6 meses de idade por tipo de dose, ES, 2022.

Tabela 19: Indicadores do Previne Brasil com resultado dos 3 (três) quadrimestres (Q1, Q2 e Q3), no Espírito Santo e no Brasil conforme parâmetro – Período: 2022

Tabela 20: Distribuição das unidades hospitalares no Estado por natureza jurídica

Tabela 21: Quantidade de leitos hospitalares SUS e não SUS por tipo e especialidade

Tabela 22: Quantidade de leitos hospitalares por região e percentual de leitos por 1.000 mil habitantes

Tabela 23: Panorama das Farmácias Cidadãs no ES

Tabela 24: Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo o sexo e localização primária, no ES.

Tabela 25: Número de casos de câncer em Mulheres no Espírito Santo – Ano: 2022

Tabela 26: Número de casos de câncer em Homens no Espírito Santo – Ano: 2022

Tabela 27: Número estimado de pacientes com idade ≥ 20 anos com doença renal crônica, de acordo com estágio da doença, por região no Espírito Santo.

Tabela 28: Prevalência de Sobrepeso e Obesidade, por ciclo de vida e por região de saúde no Espírito Santo – Período: 2017 a 2022.

Tabela 29: Quantidade de CAPS nas modalidades CAPS I, II e III; CAPS AD II e III e CAPS i no ES – 2022

Tabela 30: Quantidade de equipes de saúde bucal, por carga horária diferenciada (20 e 30 horas) e equipe de saúde bucal 40 horas

Tabela 31: Pontos de Atenção Secundária (Centros de Especialidades Odontológicas) da Rede de Atenção à Saúde Bucal por Região de Saúde no ES.

Tabela 32: Pontos de Atenção Terciária (atenção hospitalar odontológica em oncologia) da Rede de Atenção à Saúde Bucal por Região de Saúde no ES.

Tabela 33: População geral por tipo de deficiência estimada por região, com base na releitura da análise do Grupo de Washington IBGE

Tabela 34: Serviços da atenção especializada ambulatorial e hospitalar distribuídos por região de saúde no ES.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa do Plano Diretor de Regionalização de 2020

Figura 2: Mapa Estratégico SESA 2024-2027

Figura 3: Consórcios Intermunicipais de Saúde no ES

Figura 4: Despesas com saúde e percentual do orçamento destinado à saúde

Figura 5: Doenças crônicas, saúde mental e violência na carga de doenças que comprometeram a saúde e a vida da população do ES no ano de 2019.

Figura 6: Doenças crônicas, saúde mental e violência na carga de doenças que comprometeram a saúde e a vida da população do ES no ano de 2019 - Homens

Figura 7: Doenças crônicas, saúde mental e violência na carga de doenças que comprometeram a saúde e a vida da população do ES no ano de 2019 - Mulheres

Figura 8: Micro polos regionais no ES.

Figura 9: Mapa de Hospitais Estaduais, Filantrópicos, Municipais, Privados e Federal

Figura 10: Mapa da Rede de Oncologia no ES, distribuído por região de Saúde, 2022.

Figura 11: Carteira de projetos prioritários da SESA e respectivos valores

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde (SESA), gestora do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Espírito Santo (ES), apresenta o Plano que vai conduzir as ações da saúde pública estadual no quadriênio entre os anos de 2024 a 2027.

O PES 2020-2023 do SUS-ES foi executado sob o desafio do enfrentamento e gestão do mais grave evento de saúde pública do século XXI no Brasil e no mundo – a pandemia pelo Coronavírus, que custou a vida de aproximadamente 700 mil brasileiros. Ao mesmo tempo, convivemos com a desestruturação do Ministério da Saúde no último ciclo de governo, exigindo ainda maior empenho dos estados e municípios na sustentação das políticas públicas de saúde.

Neste contexto, o PES 2024-2027 carrega o ônus de resgatar as consequências deste cenário, refletido na piora de indicadores de saúde como IST's, mortalidade infantil e materna, cobertura vacinal, doenças crônicas, expectativa de vida ao nascer, dentre outros. No contexto assistencial, grande volume de atendimentos ambulatoriais e de cirurgias eletivas ficaram represados entre 2020 e 2022, quando os serviços de saúde estavam sobrecarregados com as demandas da COVID 19 e a população evitava acessar serviços de saúde por insegurança quanto ao risco de contaminação pelo Coronavírus.

O resgate parcial dessas demandas e a forte expansão de leitos próprios e serviços contratados durante a pandemia e em 2023 não foram ainda suficientes para superar as perdas de 2020-2022.

Assim, este plano traz um componente fortemente voltado à superação dessa desassistência e iniquidade, orientado pelo modelo de atenção à saúde para organização das Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde e expresso nos investimentos em infraestrutura da rede física própria, das metas de redução das filas de cirurgias e tempos de espera para consultas, exames e tratamentos ambulatoriais especializados. A função de regulação, essencial para a garantia do acesso, deverá ser fortalecida e incorporar nas suas práticas maior utilização da gestão da clínica.

Diversas medidas de apoio aos municípios para fortalecimento da atenção primária à saúde constam do plano, a destacar: cofinanciamento para construção de Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Especialidades Odontológicas, provimento e

qualificação profissional por meio do ICEPi e implantação dos microssistemas regionais de saúde, integrando a Atenção Primária à Saúde (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

A velocidade de evolução das tecnologias de informação e comunicação e da inteligência artificial nos últimos anos traz para o nosso planejamento, o desafio para introduzir projetos de Saúde Digital no SUS capixaba, desde a facilitação no acesso aos serviços, a disseminação de serviços de telessaúde, até a melhoria da escuta e transparência de informações para a sociedade.

Por fim, vislumbram-se possibilidades de aumento da eficiência e efetividade do gasto público, qualificando métodos de gestão de contratos e custos, seja por meio de incorporação tecnológica e profissionalização das equipes, da operacionalização de novas alternativas de gerenciamento da rede de serviços e do compartilhamento e descentralização da gestão da rede de saúde com os municípios capixabas. Neste aspecto, a atualização do Plano Diretor de Regionalização vigente será essencial para construção dos espaços de governança das redes assistenciais – os CEGRAS (Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde), bem como para qualificação do funcionamento das Comissões Intergestores Regionais e Bipartite.

Todas as prioridades estabelecidas acima são parte dos compromissos de governo assumidos pela gestão estadual 2023-2026.

Enfim, o Mapa Estratégico e as 05 diretrizes, 15 objetivos e 100 metas que compõem este documento serão as referências de atuação de gestores e técnicos do SUS-ES para qualificar o acesso e atendimento da população em suas prioridades sanitárias e também para direcionar iniciativas que reforçam a importância de adotar hábitos saudáveis de vida e o protagonismo do cidadão na produção social da saúde.

MIGUEL PAULO DUARTE NETO
Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo

1. INTRODUÇÃO

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

O seu processo de construção se deu de forma coletiva, a partir de um amplo debate com a equipe técnica da SESA, apoiado pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI e teve como centralidade a MISSÃO definida no mapa estratégico: “Conduzir a gestão do SUS para prover ações e serviços regionalizados, sustentáveis, resolutivos, oportunos e inovadores”, buscando o fortalecimento da regionalização da saúde, com foco em qualificar a atenção à saúde, levando-a mais próximo ao cidadão com qualidade e resolubilidade. Essas premissas impõem também o enfrentamento da qualidade da gestão no sistema público de saúde para promover mais efetividade e eficiência às nossas ações.

Conforme preconiza a legislação do SUS e considerando a importância de garantir participação e oportunizar a contribuição da população no processo de definição de prioridades e planejamento da política de saúde, foram contempladas as discussões e propostas oriundas da 10ª Conferência Estadual de Saúde (que aconteceu concomitantemente com a Etapa Estadual da 17ª CNS), realizada no período de 24 a 27 de maio de 2023.

Para não se dissociar da agenda integrada do SUS e também das diretrizes estratégicas do governo que se inicia, buscou-se no processo de elaboração do mesmo, o alinhamento permanente com o Plano Nacional de Saúde vigente e o Planejamento Estratégico de Governo e da SESA realizados em março de 2023, bem como o PPA 2024-2027. Esses vínculos foram bem documentados abaixo de cada objetivo elencado no

Plano. Há que se destacar neste Plano um forte componente de investimentos na infraestrutura hospitalar, com ampliação e construção de novos serviços, cofinanciamento para infraestrutura de serviços básicos de saúde nos municípios e novas tecnologias de informação e comunicação, com foco em inovação na atenção à saúde.

A expectativa é de que o Plano Estadual de Saúde 2024-2027, mais que um instrumento normativo do SUS, seja efetivamente utilizado pelas equipes e gestores como ferramenta de gestão para a operacionalização dos resultados elencados pela política pública no Estado, sempre mantendo no horizonte entregas e avanços para a sociedade.

2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

A Secretaria da Saúde do Espírito Santo (SESA) é responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado, tendo o Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como instâncias que reforçam o compromisso de atuar no propósito de promover a saúde, priorizando as ações preventivas, e na democratização das informações relevantes para que a população conheça seus direitos e deveres e os riscos à sua saúde.

Além da gestão do SUS, a SESA é responsável pela elaboração e condução da política de saúde, alocação de recursos próprios para financiamento do SUS por meio do Fundo Estadual de Saúde (FES), distribuição desses recursos financeiros para provisão de ações e serviços públicos de saúde para a população capixaba, desde as ações coletivas de promoção e prevenção até os cuidados individuais de tratamento e reabilitação.

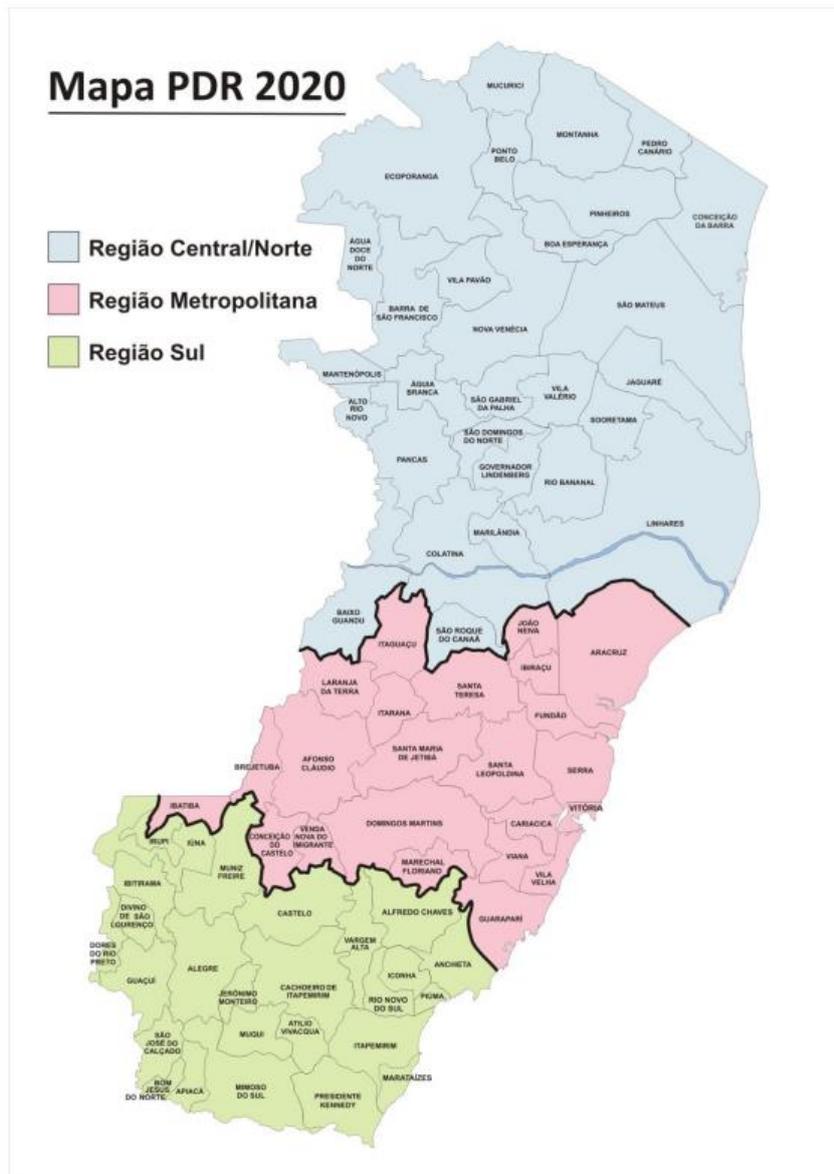
Além de dispor de ampla rede própria de serviços, mantém contrato com a rede conveniada (filantrópica e privada). Coordena, por meio de suas Centrais de Regulação, a oferta de consultas e exames especializados, além de internações, exercendo o papel de autoridade sanitária no território do Estado do Espírito Santo, nos termos da legislação em vigor.

As Superintendências Regionais de Saúde (SRS) (São Mateus, Colatina, Vitória e Cachoeiro de Itapemirim) foram constituídas no Decreto n. 3.011-N/1990, que homologou o Modelo Assistencial de Saúde para o Estado do Espírito Santo, instituindo os organogramas da SESA, do Instituto de Saúde Pública (IESP), das Superintendências Regionais de Saúde e do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES).

Em 2003, com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e acesso da população às ações e serviços de saúde”, induzidos pelas NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002, foi introduzida a concepção dos módulos assistenciais,

microrregiões e macrorregiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização de 2003 (PDR), com as superintendências regionais mantidas na sua concepção. As responsabilidades sanitárias e funcionais mínimas a serem desenvolvidas pelas SRS, estão definidas pela Portaria N° 137-R/2010. Atualmente o ES organiza-se em três regiões de Saúde: Central/Norte, Metropolitana e Sul com representações de quatro SRS estabelecidas no PDR 2020, conforme mapa abaixo:

Figura 1: Mapa do Plano Diretor de Regionalização de 2020



Fonte: SESA (2020)

A Região de Saúde Central/Norte é composta por 29 municípios, com duas superintendências: a Superintendência Regional de Saúde de São Mateus (SRSSM) e a Superintendência Regional de Saúde de Colatina (SRSC). A Região de Saúde Metropolitana é composta por 23 municípios, com uma superintendência: a Superintendência Regional de Saúde de Vitória (SRSV). A Região de Saúde Sul é composta por 26 municípios, com uma superintendência: a Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim (SRSCI). O funcionamento orgânico da Secretaria Estadual de Saúde está descrito no Decreto Nº 5324-R/2023. A tabela abaixo descreve sua estrutura:

Tabela 1: Organograma SESA

CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
COGER	Corregedoria
FES	Fundo Estadual de Saúde
GAS	Gerência de Auditoria em Saúde
GECOM	Gerência de Comunicação
GEDEJ	Gerência de Demandas Judiciais em Saúde
GS	Gabinete do Secretário
ICEPi	Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde
SRSC	Superintendência Regional de Saúde de Colatina
SRSCI	Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
SRSSM	Superintendência Regional de Saúde de São Mateus
SRSV	Superintendência Regional de Saúde de Vitória
SSAFAS	Subsecretaria de Assuntos Administrativos e Financiamento de Atenção à Saúde
SSAS	Subsecretaria de Atenção à Saúde
SSEPLANTS	Subsecretaria de Planejamento e Transparência da Saúde
SSERAS	Subsecretaria de Regulação do Acesso em Saúde
SSVS	Subsecretaria de Vigilância em Saúde
SSEC	Subsecretaria de Estado da Contratualização em Saúde

Fonte: site SESA

Com o intuito de fortalecer a gestão da SESA, foram inseridas duas novas estruturas: o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi e Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba.

O ICEPi é um instituto de ciência e tecnologia, criado em 2019 por meio da Lei Complementar N° 909 de 30/04/2019, tendo como um dos principais objetivos o desenvolvimento do ecossistema de inovação envolvendo estado, municípios, setor produtivo e as instituições acadêmicas com o foco no desenvolvimento de políticas e ações de fortalecimento do SUS.

Com o objetivo de aperfeiçoar a gestão hospitalar, o Governo do Estado criou a Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba em 05 de março de 2020 por meio do Decreto N° 4585-R. A iNOVA Capixaba é uma fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, conforme autoriza a Lei Complementar N° 924 de 17 de outubro de 2019.

A iNOVA atua na melhoria da saúde pública, na redução de custos, regulamentação de compras e cumprimento de metas de desempenho, desenvolvendo um modelo focado na prestação de serviços ágeis e resolutivos, solucionando demandas estruturais da saúde pública no Espírito Santo. Tem sob sua administração, até o momento, os seguintes estabelecimentos:

- Hospital Antônio Bezerra de Faria (HABF) na categoria porta aberta, sendo referência em urgência e emergência no município de Vila Velha com atendimento em ortopedia, cirurgia geral e clínica médica (unidade própria da Fundação iNOVA Capixaba).

- Hospital Estadual Central Dr. Benício Tavares Pereira (HEC) na categoria porta fechada sendo referência em acidente vascular cerebral (AVC).

Em 2023, estão sendo desenvolvidos os estudos e instrumentos legais para a transferência do Hospital Estadual Dório Silva para a administração pela fundação, processo que se efetivará no primeiro semestre de 2024.

3. PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL

No planejamento governamental do ciclo de gestão 2023 a 2026, a dimensão da saúde é expressa sob o tema “Qualidade de Vida aos Capixabas”, no qual a gestão estadual assumiu a responsabilidade de agir na garantia da continuidade e consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS. Cuidar dos capixabas para uma melhor qualidade de vida, após a pandemia de Covid-19, por meio da manutenção dos avanços conquistados em um cenário de adversidade, bem como pela superação das consequências negativas que a pandemia inevitavelmente causou no sistema de saúde, principalmente no que se refere às agendas sanitárias que são resultado de um esforço coletivo e compartilhado com todos os gestores do SUS.

O Governo do Estado, mesmo diante da crise sanitária, ampliou a capacidade instalada da rede assistencial hospitalar, com incremento de 616 leitos de UTI no período entre 2019 e 2022. Considerando-se o total de leitos SUS, o Estado teve um incremento de 948 leitos no mesmo período.

O período de enfrentamento da pandemia que antecedeu a disponibilização da vacina, reuniu diversas estratégias para além da expansão de leitos, a saber: reorientação das agendas programáticas e dos fluxos de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde municipais, interlocução sistemática entre gestor estadual e gestores municipais, diálogo e informação pela realização frequente de coletivas de imprensa tendo como público alvo a sociedade e meios de comunicação, incremento das contratações temporárias da SESA, realização de inquérito sorológico para compreensão do perfil de disseminação do vírus e mapeamento da prevalência da doença em cada segmento populacional, investimento robusto em transparência dos dados da pandemia (óbitos, leitos, casos novos, etc.) por meio do “Painel COVID” e adoção de medidas de

distanciamento social e etiqueta respiratória. Além disso, também foi mantido um diálogo permanente com toda a rede de saúde (pública, filantrópica e particular), conselhos e entidades de classe sobre o plano de enfrentamento à COVID-19, incluindo o Ministério Público Estadual e Federal.

Com o avanço da vacinação, a situação sanitária foi sendo controlada e o número de casos de infecções, internações e óbitos foi reduzindo gradualmente. Com o intuito de mitigar ainda mais os impactos da pandemia, ainda em setembro de 2021, o Estado adquiriu 500 mil doses de vacina contra a COVID-19, em uma estratégia que contribuiu para que o Espírito Santo se destacasse entre os estados brasileiros com a maior cobertura vacinal.

O cenário que foi se desenhando a partir do ano de 2022 favoreceu a retomada dos projetos prioritários do governo bem como a recuperação dos resultados de importantes indicadores impactados pela desarticulação dos serviços em todos os níveis de atenção que se voltaram para o atendimento aos pacientes com COVID-19.

Neste novo ciclo de gestão, para consolidar os avanços obtidos na área de saúde, o Plano de Governo 2023-2026 apresenta como principais entregas à sociedade capixaba: implantar o Complexo de Saúde do Norte; inaugurar o Hospital Geral de Cariacica; ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio do cofinanciamento da construção de 111 novas Unidades Básicas de Saúde (UBS); qualificar a força de trabalho que atua no âmbito da Atenção Primária (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, agentes de combate à endemia, técnicos de enfermagem, etc.); expandir o acesso aos serviços básicos e especializados em saúde bucal em todas as regiões de saúde; apoiar a implementação de consultas por telemedicina nos municípios capixabas; descentralizar ainda mais as consultas especializadas por meio dos micro polos regionais; regionalizar o acesso ao tratamento de radioterapia nas três regiões de saúde; cofinanciar a implantação dos Serviços de Atenção à Pessoa com Déficit Intelectual ou Espectro do Autismo (SERDIA); reduzir o tempo de espera por consultas e exames especializados bem como por cirurgias

eletivas; expandir a cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cofinanciando a construção de novos CAPS e apoiando a implantação de equipes multiprofissionais em Saúde Mental; recompor a infraestrutura hospitalar própria em termos de qualidade, segurança, hotelaria e capacidade de acreditação.

3.1 Mapa Estratégico

O Mapa Estratégico da SESA demonstra os resultados em saúde buscados para a sociedade sob três perspectivas fundamentais: Processos, Gestão e Regionalização e Financiamento, visando uma atuação sinérgica e coerente com o planejamento estratégico do Governo Estadual.

Processos: Reconhece-se que a excelência nos serviços de saúde depende de processos ágeis, integrados e centrados no paciente. O compromisso é fortalecer o uso de tecnologias para aprimorar o diagnóstico, tratamento e reduzir o tempo em filas de espera. Nesta perspectiva, a participação da sociedade e o controle social exercem papel preponderante na garantia do acesso à saúde de qualidade como direito fundamental.

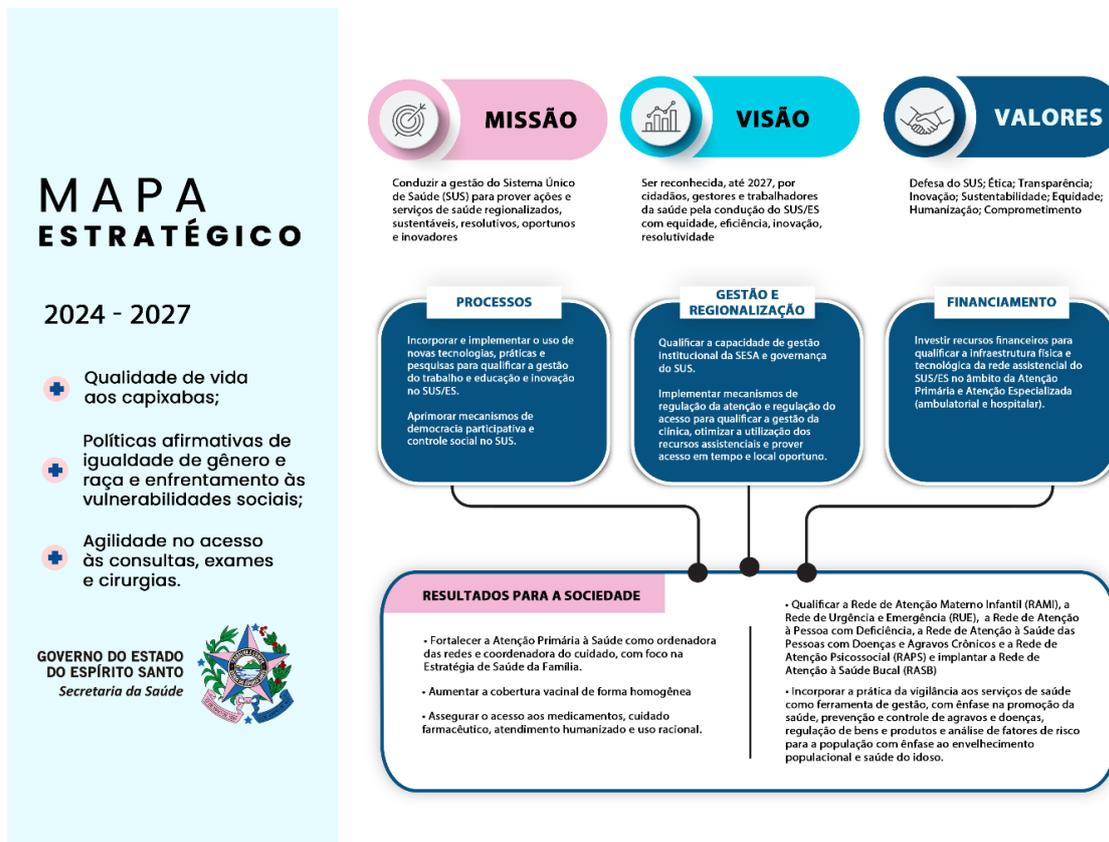
Gestão e Regionalização: O sucesso da Secretaria Estadual de Saúde está diretamente vinculado à sua capacidade de administrar a oferta de serviços e alocar recursos, promovendo uma descentralização responsável e uma regionalização adequada dos serviços de saúde.

Financiamento: O financiamento adequado é a base para uma atuação sustentável e eficiente, com transparência e prestação de contas, utilizando os recursos com responsabilidade e eficácia, orientados pelas necessidades sociais em saúde e perfil epidemiológico de cada região.

Nesta perspectiva, o Mapa Estratégico 2024-2027 representado na figura abaixo, traduz as principais entregas que desejamos ao final deste ciclo de planejamento, orientadas sempre pela busca de mais qualidade de vida aos capixabas, agilidade no acesso aos

serviços e investimento em políticas afirmativas de igualdade de gênero e raça e principalmente no enfrentamento às vulnerabilidades sociais.

Figura 2: Mapa Estratégico SESA 2024-2027



4. GESTÃO E GOVERNANÇA

4.1 Instâncias de Pactuação Intergestores

O processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) estadual conta com instâncias de pactuação: a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

A CIB é um espaço deliberativo, de articulação e expressão das demandas dos gestores estaduais e municipais, que negocia e pactua, por consenso, aspectos operacionais da gestão do SUS. Mantém contato permanente com as CIR's, de modo a garantir a troca

de informações sobre o processo de regionalização, organização e execução das políticas públicas prioritárias. É constituída por representantes do estado, indicados pela SESA, e por representantes dos municípios, indicados pelo Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

As CIRs são instâncias de negociações e deliberações, não paritárias, cujas decisões são tomadas por consenso, constituindo-se em um espaço permanente de articulação, planejamento, pactuação, monitoramento e cogestão solidária entre os gestores municipais e estaduais de saúde, sendo vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e às Superintendências Regionais de Saúde (SRS) para efeitos administrativos e operacionais. As CIRs estão em consonância com o Plano Diretor de Regionalização - PDR (2020), definidas em 3 Regiões de Saúde: Região Central Norte (CIR CENTRAL NORTE), Região Metropolitana (CIR METROPOLITANA) e Região Sul (CIR SUL). São compostas por todos os Secretários Municipais de Saúde e representantes das respectivas Superintendências Regionais de Saúde.

4.2 Planejamento Regional Integrado

A descentralização de ações e serviços de saúde, além da estruturação da atenção à saúde a partir da conformação de redes regionais, resolutivas e hierarquizadas, estimula o estado e os municípios a exercerem efetivamente seus papéis, potencializando e criando sinergia entre suas ações, no sentido de atender às necessidades e alcançar a resolução dos problemas de saúde da população, o mais próximo de seus territórios de residência e trabalho, a partir de arranjos para a identificação de prioridades, organização de serviços, estabelecimento de diretrizes de regulação e de investimentos, de forma a garantir o acesso e diminuir as iniquidades.

A partir da publicação da Portaria Nº 102-R/2021 que organiza o funcionamento da Atenção e da Vigilância em Saúde no âmbito estadual do SUS, busca-se implantar um modelo de saúde que tem como premissa a configuração da Rede de Atenção e de

Vigilância à Saúde - RAVS de forma ascendente, por meio de comando único, articulação sistêmica e tendo na Atenção Primária em Saúde - APS a sua porta de acesso preferencial.

Com a adesão ao Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – Regionalização PROADI SUS/2021/2023/HAOC, a SESA mobilizou-se no sentido de construir uma Política Estadual de Regionalização que garanta o respeito às especificidades regionais, supere as desigualdades, e, ao mesmo tempo, possa dar respostas que contribuam para distribuição dos serviços de saúde de forma coerente com os diagnósticos de saúde regionais, reconhecendo os espaços regionais que contemplem identidades, perfil epidemiológico, vocação e possibilidades de concretização dos planos municipais, regionais e estadual de forma sinérgica.

O desenvolvimento do projeto tem como principais objetivos : o fortalecimento da gestão estratégica municipal e estadual do SUS para a coordenação do processo de planejamento regional integrado (PRI); aprimoramento da governança macrorregional do SUS; fortalecimento da capacidade gestora da SESA e das Secretarias Municipais de Saúde em suas funções de monitoramento e avaliação dos serviços e dos resultados, controle, auditoria e regulação; fomento ao cumprimento do papel de cada município como parte de uma rede regionalizada e resolutiva; definição dos limites financeiros de recursos federais alocados em todos os municípios, considerando suas bases territoriais-populacionais e unidades assistenciais neles sediadas, dentre outras.

4.3 Programação Assistencial

A Programação Assistencial, no Espírito Santo denominada de Nova PPI Capixaba, é um processo instituído no âmbito do SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores relativos às prioridades estaduais, municipais e regionais, portanto de elaboração coletiva, com a participação dos gestores e técnicos municipais, harmonizada e coordenada pela instância estadual. Trata-se, portanto, de um processo

de planejamento institucionalizado no SUS no qual, em consonância com o planejamento em saúde de âmbito mais geral, são definidas e quantificadas as ações e serviços destinados à população residente e referenciada para a garantia de acesso aos serviços de saúde localizados em outros territórios distintos de sua residência e, ainda, com a identificação dos vazios assistenciais necessários para se conformarem as linhas de cuidado plenas.

A NOVA PPI Capixaba não é mais individualizada por município e sim por regiões de saúde, com a participação de todos os municípios. Embora até o momento no Brasil, a Programação Assistencial tenha se restringido a recursos federais de custeio, no Espírito Santo engloba, além do recurso federal de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), os recursos próprios estaduais e dos 78 municípios.

Para além de englobar e alocar recursos, a NOVA PPI Capixaba também atua na organização e execução regional das políticas de saúde, pois tem as seguintes potencialidades: abranger as ações de promoção, proteção, vigilância em saúde e de assistência farmacêutica; compreender a APS como norteadora e orientadora das ações e serviços de saúde e sua repercussão na atenção especializada, além de ser a coordenadora do cuidado; ser desencadeada pelo planejamento regional integrado, com temporalidade vinculada aos Planos Municipais de Saúde e com atualizações periódicas (anuais); ocorrer nas regiões de saúde como atribuição das CIRs; subsidiar os dispositivos de regulação, contratualização, monitoramento, controle e avaliação e auditoria clínica; apontar os déficits de custeio e investimentos para a rede de atenção à saúde; sugerir planos de investimentos de médio e longo prazo; acompanhar o desenvolvimento e mudanças no modelo de atenção e organização do sistema e elaborar a programação em sintonia com as mudanças; propor itinerários terapêuticos resolutivos e humanizados; projetar a ampliação dos serviços; respeitar os territórios sanitários, sua identidade e pertencimento e suas vinculações; realizar estudos de suficiência de serviços e de ações de saúde; elaborar estimativas da necessidade

baseadas nas melhores evidências; estabelecer parâmetros e programação dinâmicos que podem se modificar, acompanhando a dinâmica das vinculações dos usuários/ profissionais/ serviços entre a APS, a AAE e a AH.

Como consequência desse amplo processo de discussão e identificação de necessidades foi possível a priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS) para cobrir gradualmente as lacunas assistenciais nas regiões de saúde por meio de Planos de Investimentos Regionais.

As atividades de programação da RAVS e dos agravos prioritários da NOVA PPI Capixaba foram concluídas no ano de 2022 por meio de um processo de construção coletiva e passaram por um processo de validação interna pelas equipes técnicas da SESA e por validação externa pela Câmara Técnica Integrada do COSEMS-ES. Assim, a NOVA PPI Capixaba é o resultado da conjugação entre as necessidades identificadas, a capacidade instalada para responder à demanda e sua dispersão nos territórios regionais bem como dos recursos financeiros disponíveis para o atendimento das reais necessidades da população, sendo amplamente negociada nas instâncias legítimas de deliberação do SUS.

Em síntese, o propósito da NOVA PPI Capixaba é o aprimoramento do Pacto Interfederativo do SUS no Espírito Santo, contribuindo, efetivamente, para a garantia do direito à saúde a todos os cidadãos capixabas em cada território regional a partir de suas reais necessidades e prioridades, tanto do nível municipal, quanto do regional. Traduz-se em um importante instrumento de orientação às Secretarias Municipais de Saúde, visando a melhoria da condução de suas ações relacionadas ao cuidado em saúde, individual e coletivo, por meio da organização dos seus processos de trabalho, para possibilitar a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, organizar os fluxos de referenciamento, efetivar os pactos intergestores para possibilitar maior efetividade nos resultados sanitários no âmbito regional, estadual e municipal.

4.4 Apoio Institucional

O Apoio Institucional é uma estratégia de gestão compartilhada com objetivo de apoiar e qualificar os processos de trabalho e desenvolver melhorias junto à gestão municipal, em parceria com gestores e trabalhadores dos municípios. A estratégia propõe gestão inovadora junto às Secretarias Municipais de Saúde, para organização dos serviços locais e sua integração com a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), visando ampliar e melhorar o acesso à saúde da população capixaba.

Desde sua implantação, os Apoiadores Institucionais, Supervisores Regionais e Articuladores Centrais vem atuando junto aos municípios do estado, qualificando processos de trabalho, orientando a implantação de programas e serviços desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os fluxos da rede hospitalar loco-regionalmente. A partir de visitas institucionais, foram levantadas necessidades de apoio aos gestores municipais na implantação e implementações de programas e estratégias prioritárias para o SUS; na realização de capacitações e oficinas sobre diversos temas; no suporte para os sistemas de informação em saúde; na elaboração de diagnósticos situacionais; no apoio para a qualificação das coberturas vacinais; na formação de profissionais em serviço; dentre outras atividades.

4.5 Consórcios Intermunicipais de Saúde

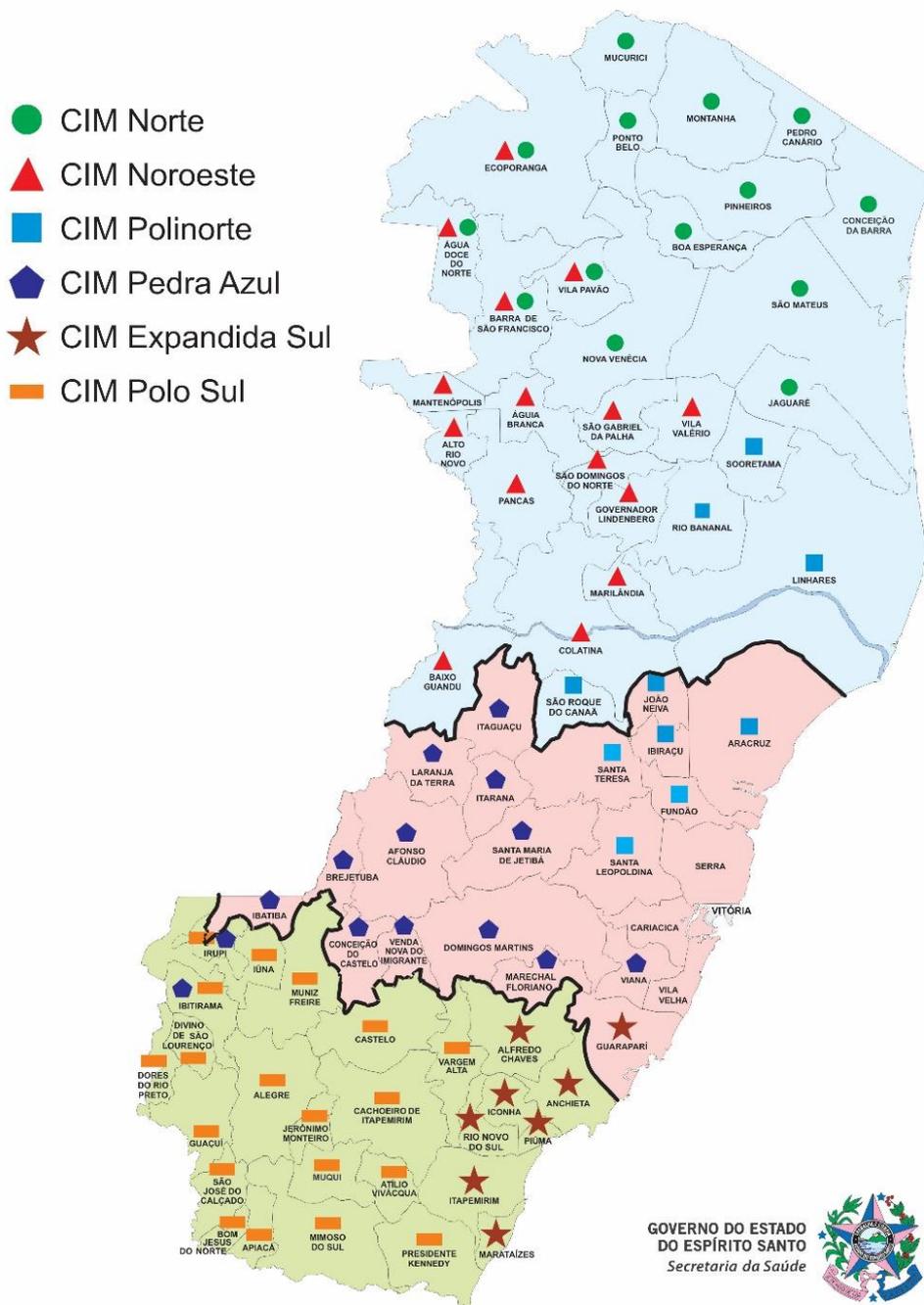
Estão constituídos 6 Consórcios Públicos Intermunicipais atuantes no estado na área da saúde. Dos 78 municípios capixabas, somente 4 não são membros de consórcios (Vitória, Vila Velha, Serra e Cariacica) e que juntos representam 1.730.676 habitantes. Os demais 74 municípios consorciados somam 2.241.712 habitantes. Apesar da SESA manter Contratos de Programa com alguns Consórcios em função do cofinanciamento do SAMU 192 e Unidades da Rede Cuidar, o Estado não é ente consorciado.

Os consórcios intermunicipais de saúde atuam intensamente no ES no processo de compra de consultas médicas, exames e procedimentos especializados, procedimentos em fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, odontologia, terapia ocupacional, análises clínicas, patologia, citopatologia, serviços de plantão de médico,

enfermeiro, farmacêutico e técnico de enfermagem e radiologia, serviços de ambulância - suporte básico e, desde 2017, gerenciamento de serviços de saúde, a saber, Unidades da Rede Cuidar e SAMU 192. A figura abaixo ilustra os consórcios atuantes e seus entes consorciados, distribuídos por todo o estado:

Figura 3: Consórcios Intermunicipais de Saúde no ES

Atuação dos Consórcios Públicos Intermunicipais no ES



4.6 Participação Social

A participação social confere à gestão do SUS transparência, comprometimento com as demandas sociais e ampliação das perspectivas das ações e serviços de saúde na busca pelo enfrentamento de iniquidades, reconhecendo a saúde como fruto do conjunto de determinantes sociais, nos quais a vida da comunidade transcorre. Faz parte dos fundamentos organizativos do SUS e a participação social efetiva nesse sistema se concretiza por meio da obrigatoriedade de funcionamento dos Conselhos de Saúde e da realização periódica das Conferências de Saúde, bem como pela implantação de mecanismos de escuta qualificada dos cidadãos – as Ouvidorias do SUS.

4.6.1 Conselho Estadual de Saúde

Os Conselhos de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos compostos por representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. Convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, as Conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. Isso significa dizer que as deliberações das Conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional.

As Plenárias de Conselhos de Saúde foram criadas por deliberação do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, que aconteceu em abril de 1995, em Salvador - BA. Seu objetivo principal é promover a relação dos Conselhos de Saúde com a esfera nacional

na perspectiva de fortalecer a participação popular no SUS. Em 1997, foi constituída uma Coordenação de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde com a finalidade de fazer um intercâmbio entre os conselhos municipais, estaduais, distrital e nacional, bem como contribuir no encaminhamento das lutas pelo fortalecimento do SUS e do controle social.

O Conselho Estadual de Saúde – CES foi instituído pela Lei Nº 4.317/1990, tendo sua composição redefinida em diversas outras leis ao longo dos anos, sendo a última delas a Lei Nº 10.598/2016 que definiu sua composição pela representação paritária de 50% de representantes de usuários dos serviços de saúde, 25% de gestores de órgãos públicos e prestadores de serviços de saúde na área complementar ao SUS e 25% de representantes de profissionais de saúde pertencentes ao SUS, totalizando 28 membros, da seguinte forma:

- Representantes dos usuários, totalizando 14 membros - órgãos, entidades e movimentos sociais com representatividade, abrangência e complementaridade do conjunto da sociedade no Estado do Espírito Santo;
- Representantes dos trabalhadores na área de saúde, totalizando 07 membros de entidades sindicais com abrangência estadual;
- Representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde, totalizando 07 membros.

Essa lei estabelece também que o Presidente do Conselho Estadual de Saúde será eleito entre os membros titulares que compõem o colegiado.

Compondo ainda a rede de participação popular no SUS – ES, os Conselhos Gestores de Unidades Estaduais de Saúde foram instituídos pela Portaria Nº 066-R/2016 e sua organização e funcionamento foram reformulados pela Portaria Nº 188-R/2021. São órgãos colegiados, de caráter consultivo, com o objetivo de estimular e a participação

popular e o controle social no SUS-ES. Devem ser instituídos em toda rede, nas unidades públicas, nas privadas e filantrópicas, contratualizadas com a SESA e nas unidades próprias estaduais sob o gerenciamento de Organizações Sociais (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Consórcios Intermunicipais de Saúde e outras estruturas de gestão sob a coordenação do CES.

Os desafios colocados para o Conselho Estadual de Saúde com vistas ao fortalecimento do controle social no SUS/ES para este ciclo de planejamento passam pela necessidade de elaboração e desenvolvimento de estratégias para a mobilização social em defesa do SUS, para qualificação dos conselhos e conselheiros de saúde (estaduais e municipais), para melhoria da atuação do CES e da divulgação de suas ações, a saber: eleição e instalação dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde; educação permanente para conselheiros de saúde; divulgação das ações nos mais diversos veículos de comunicação com vistas a aproximar as instâncias de controle social com a sociedade; realização das Conferências Estaduais de Saúde e as etapas estaduais das Conferências Nacionais, bem como as plenárias de conselhos previstas para este quadriênio; aquisição de equipamentos e insumos para pleno desenvolvimentos das atividades do conselho; adequação da equipe da secretaria executiva em quantidade e qualificação técnica compatível com o trabalho a ser desempenhado; desenvolvimento de projetos internos no CES.

Neste contexto a SESA exerce papel fundamental na garantia do pleno funcionamento do CES, suas diversas instâncias, atividades e projetos, disponibilizando os recursos necessários à sua plena atividade e a qualificação necessária ao exercício da cidadania no âmbito do SUS-ES.

4.6.2 Ouvidoria do SUS

Como instrumento de participação social, as ouvidorias no SUS contribuem para processo de transparência do Estado, permitindo maior familiaridade da população com

o funcionamento do Estado e o maior acesso a informações difíceis de serem alcançadas por outros mecanismos.

As Ouvidorias do SUS viabilizam a comunicação entre os cidadãos e as estruturas do SUS para apresentação, encaminhamento e resposta a demandas. Elas são responsáveis por realizar a mediação administrativa com as unidades administrativas dos órgãos e entidades do SUS com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante.

A Ouvidoria SUS SESA/ES tem como objetivo assegurar ao cidadão usuário do SUS o direito e a oportunidade de participar da gestão pública através de sugestões, reclamações, denúncias, solicitações, informações e elogios, propiciando maior visibilidade por parte da gestão na identificação de eventuais distorções e implementação de mudanças para a melhoria dos serviços de saúde em nosso estado. Do ponto de vista estrutural a rede é composta pelos seguintes pontos: 01 Ouvidoria Geral SUS SESA/ES; 20 Ouvidorias Municipais do SUS e Canais de Ouvidoria; pontos focais em 14 Farmácias Cidadãs; pontos focais em 08 Hospitais da Rede Própria; pontos focais nos Hospitais da Rede Contratualizada; ponto focal no Centro de Hemoterapia e Hematologia do ES (HEMOES); ponto focal no Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES).

Para exercer suas competências, a Ouvidoria Geral funciona com cinco áreas de atuação, a saber: área de tele atendimento ao cidadão, a de análise e acompanhamento das manifestações, a coordenação da Rede de Ouvidorias da SESA, a coordenação do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS no âmbito estadual e a coordenação administrativa. Além do trabalho de coordenação de sua rede interna, a Ouvidoria Geral da SESA coordena o processo de descentralização das Ouvidorias do SUS, que está voltado para o apoio à implantação de ouvidorias do SUS nos municípios e unidades

assistenciais de saúde pública, com vistas à criação do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS.

Neste cenário, para aprimorar a atuação e expansão do trabalho da Ouvidoria SUS no estado, para o próximo ciclo de planejamento faz-se necessária uma atuação prioritária na conscientização dos gestores municipais sobre a importância da implantação e implementação dos canais de ouvidoria; o monitoramento sistemático dos assuntos mais recorrentes em manifestações dos cidadãos para retroalimentar a gestão e os estabelecimentos de saúde prestadores de serviços; capacitação de ouvidores, técnicos dos ponto focais e referências técnicas que tratam das manifestações de Ouvidoria e das demandas relativas à Lei de Acesso à Informação na rede de ouvidores SUS; produção de diagnóstico situacional por meio de relatório circunstanciado com base na pesquisa de satisfação de usuários do SUS na metodologia NPS (Net Promoter Score), dentre outros, sempre no intuito de aprimorar a escuta ao cidadão em relação ao SUS e seu funcionamento.

A série histórica de atendimentos da Ouvidoria no período 2019 a 2022 demonstra o crescimento do total de atendimentos em 665% (em 2019 foram 1.490 atendimentos, entre solicitações, reclamações, denúncias, informações, elogios e sugestões e em 2022, foram registrados 11.391 atendimentos, somando-se as mesmas categorias). O percentual de manifestações individuais e coletivas respondidas dentro do prazo legal estabelecido era 77,8% em 2019 e em 2022, mesmo com o aumento significativo da demanda, alcançou 92 % de respostas dentro do prazo estabelecido. Esses valores evidenciam um processo efetivo de fortalecimento e organização da escuta ao usuário, ampliando a participação do cidadão na gestão do SUS-ES.

4.7 Gestão da Informação e Informática em Saúde

Desde 2020, a Gerência de Tecnologia da Informação da SESA faz interlocução direta com o ICEPi, para atender às necessidades de desenvolvimento de projetos de Tecnologias da Informação e Comunicação. Esse interfaceamento vem mitigando, de forma inovadora, as limitações que restringem a tomada de decisões estratégicas para a utilização mais efetiva dos recursos e potencialização de ações em relação aos serviços, aos recursos disponíveis e à própria atenção à saúde da população.

4.7.1 Governança de Dados e Gestão da Informação

Do ponto de vista de governança e gestão da informação, o planejamento é o instrumento que favorece a comunicação em busca do alcance das metas estabelecidas entre a área de TI e a área técnica de negócio. As ações tecnológicas da SESA seguem o que preconiza a Política Estadual de Tecnologia da Informação e Comunicação - PETI, tendo como referência a Norma ABNT NBR ISO/IEC 38500:2018, e suas atualizações.

Desde o início de 2019 foram executadas iniciativas para definir e implantar a gestão da informação que viabilizem o compartilhamento seguro de dados críticos compreendendo o que preconiza a Lei Geral de Proteção de Dados e a abertura de dados.

Quanto à disponibilização de dados, com o objetivo de facilitar o acesso do cidadão aos dados públicos, no segundo semestre de 2022, foi elaborado e publicado no site da SESA o Plano de Dados Abertos - PDA com um cronograma de implantação e implementação a partir de 2023, com a disponibilização de 57 conjuntos de Bases de Dados priorizadas pelas áreas técnicas. O PDA está embasado na Política de Dados Abertos do Estado do Espírito Santo, estabelecida pelo Decreto Nº 5139-R/2022.

4.7.2 Sistemas de Informação e Serviços Digitais de Saúde

Para fortalecimento da gestão da informação na Atenção Primária em Saúde, Vigilância em Saúde, Atenção Especializada, Regulação do Acesso, Gestão Hospitalar e Assistência Farmacêutica foram desenvolvidos projetos estratégicos para a ampliação da cobertura de utilização do e-SUS APS - PEC Multimunicipal no ES, implantação de plataformas e ferramentas acadêmicas, solução tecnológica para regulação formativa, sistema de registros, notificação de agravos, sistemas de gestão hospitalar, que resultaram na otimização dos processos de trabalho, informações para gestão, elaboração de documentação, manuais de orientações e apoio aos usuários.

4.7.3 Segurança da Informação

A SESA tem como desafio estabelecer procedimentos de inspeção e monitoramento para a verificação de acesso aos sistemas, equipamentos e ativos de Tecnologia de Informação e Comunicação, compreendendo um conjunto de ações técnicas, gerenciais e institucionais destinadas a assegurar a disponibilidade, integridade, confidencialidade e autenticidade da informação.

No final do ano de 2020 o Brasil passou por uma série de ataques cibernéticos em todas as instâncias governamentais, o que gerou indisponibilidade de sistemas, paralisação de serviços e atendimento ao cidadão por vários dias. Diante de fatos como este, é essencial uma estrutura de backup e um plano de recuperação de desastres, para uma recuperação de dados mais rápida, objetiva, que garanta a integridade dos dados e que cause o menor tempo possível de indisponibilidade dos sistemas e serviços prestados à população.

No final de 2018, a SESA contava com 5.587 usuários de rede, cerca de 3.600 usuários contas de e-mails e 3.500 computadores ligados à rede. Atualmente, são 11.221 contas de usuários (sem contar terceirizados). São 4.578 contas de e-mails ativas e cerca de 4.000 computadores ligados à rede, sendo de extrema importância a definição e

aplicação de políticas, planos e normas que abrangem a segurança e defesa cibernética, a segurança física e a proteção de dados e demais ativos organizacionais.

4.7.4 Infraestrutura e Gestão de Serviços de TIC

Infraestrutura, Redes e Telecom tem a função de suportar as necessidades de recursos tecnológicos que auxiliam no controle e na administração dos ambientes computacionais, identificando oportunidades de aplicação de recursos, examinando os níveis de serviços, sistemas, banco de dados e redes da SESA. Diante disso, desafios como ampliação dos serviços de Virtualização de Desktops (VDI), rede Wireless, parque tecnológico, Service Desk, aquisição de Servidores, Nobreaks, Racks, implantação de Cabeamento Estruturado nas Unidades da SESA, entre outros, estão na pauta da gestão estadual.

O estabelecimento de uma Política Estadual de Informação e Informática em Saúde para o Espírito Santo é um dos desafios atuais de Tecnologia da Informação e Comunicação da SESA, seguido pela alocação mais adequada dos recursos, fortalecimento efetivo das ações de Governança e gestão de tecnologia e geração de valor agregado através da atuação estratégica no uso de tecnologias e maior transparência e assertividade na tomada de decisões dos diversos setores e instâncias de gestão da SESA.

4.8 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Na SESA, essas áreas são coordenadas, respectivamente, pela Gerência de Recursos Humanos – GERH, responsável pela Gestão do Trabalho e pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação – ICEPi, responsável pela Educação em Saúde. Em julho de 2023 a SESA contava com quadro de pessoal totalizando 9.778 servidores, nos vínculos demonstrados na tabela:

Tabela 2: Servidores SESA, por tipo de vínculo e quantidade:

Vínculo	Quantitativo
CLT	4
Comissionado	296
Contrato Temporário	5156
Efetivo	3922
Estagiário	107
Requisitado	96
Residente	156
Voluntário	38
Voluntário Militar	3
TOTAL	9778

Fonte: SIARHES (03/07/23)

Desse quantitativo demonstrado acima, os servidores com vínculo “requisitados” incluem servidores do Ministério da Saúde para os quais não há ressarcimento de suas remunerações e 33 servidores de outras esferas, que por suas expertises são convidados a atuar na secretaria com o ressarcimento mês a mês das remunerações aos órgãos de origem de cada um deles. Não estão computados nesse quantitativo, 337 servidores efetivos que foram municipalizados, distribuídos pelos 78 municípios do Estado com amparo na Lei 4.317/1990 bem como 21 servidores que estão cedidos a outros órgãos com base na LC 715/2013, nos Decretos 3.414-R/2013 e 3.701-R/2013. Coexistindo com os vínculos já mencionados, a SESA trabalha com alternativa de gestão para hospitais próprios que são geridos por organizações sociais, cujo quantitativo de servidores está abaixo demonstrado:

Tabela 3: Força de Trabalho em unidades geridas por Organização Social em julho de 2023:

Unidade	Colaboradores
Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves - HIMABA	904
Estadual Dr. Jayme Santos Neves – HEJSN	2088
Estadual de Urgência e Emergência – HEUE	1278
TOTAL	4.270

Fonte: GERH SESA (07/23)

A implantação da Fundação Inova Capixaba estabeleceu novo perfil ao quadro de trabalhadores do SUS-ES, visto que os trabalhadores contratados pela mesma ocupam empregos públicos, atuam sob o regime celetista e são selecionados por concurso público. Esse cenário aponta para redução futura dos vínculos de Designação Temporária, minimizando as relações de trabalho precarizadas na SESA.

No âmbito do SUS, conforme informações do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), mais de 40% dos estabelecimentos da rede estadual de saúde está localizada na região metropolitana. A distribuição dos trabalhadores de saúde acompanha a distribuição dos estabelecimentos de saúde, conforme tabela a seguir:

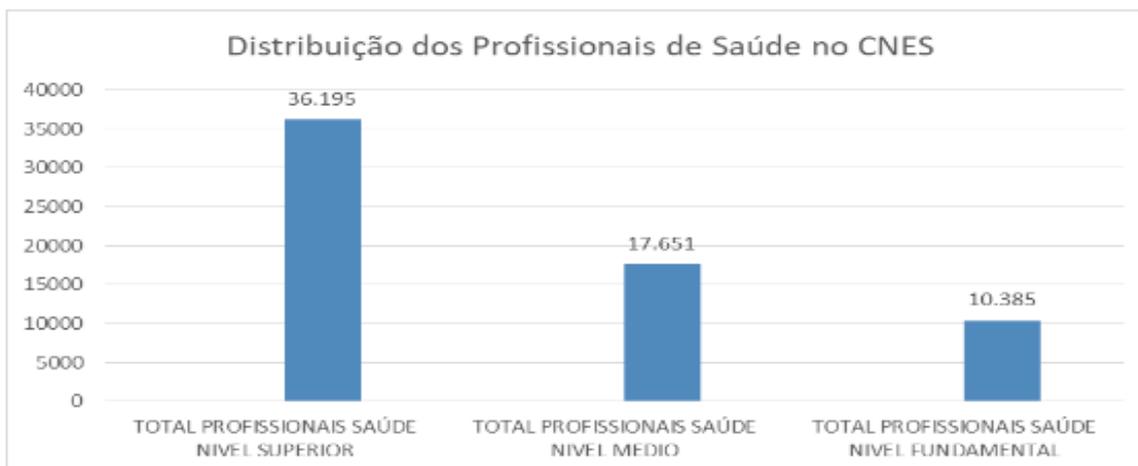
Tabela 4: Distribuição dos estabelecimentos e trabalhadores

	Região Central Norte	Região Metropolitana	Região Sul
Distribuição percentual dos estabelecimentos de saúde	33,72%	40,96%	25,31%
Distribuição percentual da força de trabalho	23,21%	57,90%	19,96%

Fonte: DATASUS/CNES. Acesso em julho 2023.

Segundo o CNES, o Estado do Espírito Santo conta com 63.330 trabalhadores da saúde, sendo que a Região Metropolitana possui 57,90% da força de trabalho, seguida pela Região Central-Norte com 23,21% e depois pela Região Sul - 19,96%, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 1: Distribuição dos Profissionais de Saúde no CNES



Fonte: CNES, abril 2023

Conforme demonstrado, em abril de 2023, o CNES apontava que do total de trabalhadores da saúde, 56,3% são integrantes das 14 profissões de saúde de nível superior (Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), 27,5% das 05 profissões do ensino médio (Técnico de Enfermagem, Técnicos em Saúde Bucal, Técnico em Análises Clínicas, Técnico em Radiologia e Técnico em Segurança do Trabalho) e 16,2% das 04 profissões do ensino fundamental (Agente Comunitário de Saúde, Agente de Controle de Endemias, Auxiliar de Saúde Bucal e Assistente de Farmácia), cuja distribuição está fortemente concentrada na região metropolitana.

A avaliação do processo de gestão do trabalho na SESA aponta que a grande necessidade a ser superada é o dimensionamento da força de trabalho, entendido como fundamental para seu planejamento e desenvolvimento. Assim, o mapeamento da força de trabalho a partir da lógica da razão entre profissionais e população ou definição de equipes padrão em uma relação que considera a capacidade instalada e o quantitativo de pessoal necessário para sua utilização (RAMOS e POSSA, 2016), constitui-se numa estratégia prioritária do setor de recursos humanos da SESA para os próximos anos.

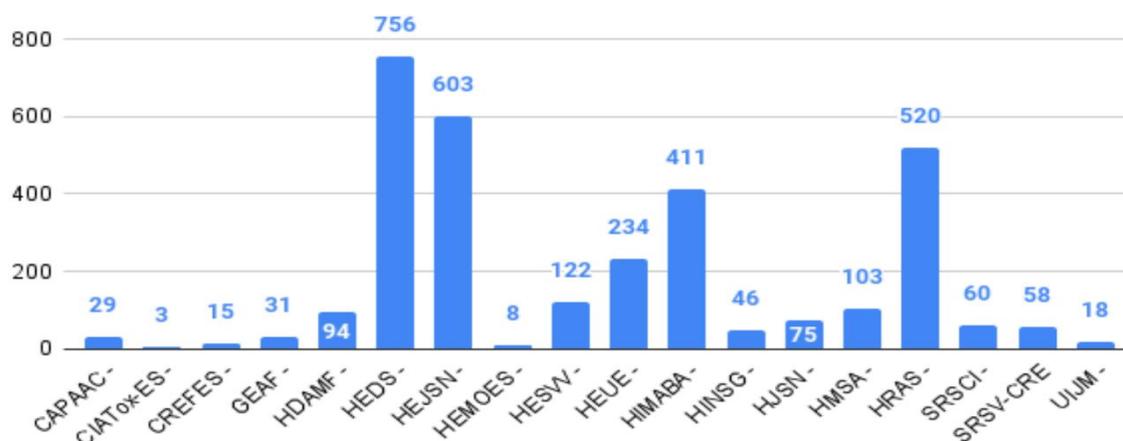
Em consonância com essa meta, ainda em 2023, a SESA está participando da iniciativa proposta pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde no que se refere a elaboração de um plano estratégico para a área de planejamento em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS com o intuito de propor a consolidação do processo de planejamento participativo, construído de forma ascendente, coletiva e compartilhada, agregando os diversos atores do campo do trabalho e educação na saúde no âmbito nacional, estadual e municipal dos estados.

A análise dos dados referente à força de trabalho do SUS-ES aponta para a reflexão sobre as instituições de ensino formadoras existentes em nosso Estado e o desafio estratégico de se desenvolver forte trabalho de integração entre ensino e serviço, como aponta o processo de educação permanente. Isto pode ser feito com envolvimento das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) Regionais. Tendo em vista o crescente aumento de ingressantes em cursos de ensino superior na área da saúde no estado, se torna essencial estruturar e dimensionar os cenários de prática pertencentes à rede estadual considerando o papel do SUS na formação desses estudantes por meio de estágios supervisionados.

4.8.1 Estágio Curricular Obrigatório na SESA

O estágio curricular obrigatório é um conjunto de atividades supervisionadas pelo setor da Escola de Saúde Pública do ICEPi cujo principal objetivo é desenvolver a integração entre a academia e o serviço de saúde por meio de vagas de estágio para estudantes dos cursos de Educação Profissional Técnico e Superior na área da saúde. Atualmente, a rede própria estadual conta com 3.186 vagas de estágio distribuídas em 18 estabelecimentos de saúde, conforme apresentado abaixo:

Gráfico 2: Vagas de Estágio por Estabelecimento de Saúde



Fonte: ICEPI

4.8.2 Residências Médicas

A desigualdade na distribuição de médicos nos estados brasileiros é uma situação persistente e complexa que repercute diretamente na prestação de serviços equânimes no país. A disparidade também é demonstrada ao compararmos os grandes centros urbanos com os municípios do interior do Brasil. A razão de médicos por mil habitantes é de 5,65 nas capitais e encontra-se muito acima da média nacional. No município de Vitória, capital do estado, observa-se uma taxa de 13,71 médicos por mil habitantes, que é pelo menos seis vezes maior que a razão nacional (2,27) e duas vezes maior que a média das capitais brasileiras. Estes dados fazem de Vitória a capital com a maior razão de médicos por mil habitantes do país. Esta realidade não se repete em todo o cenário estadual uma vez que os municípios do interior contam com uma razão de médicos por mil habitantes oito vezes menor que a média da capital, a saber 1,67. Por esse motivo o estado tem o maior indicador de desigualdade de distribuição de médicos entre a capital e interior da Região Sudeste ,8,22 (CFM, 2020).

Em estudo realizado junto aos gestores de saúde foram identificadas as principais especialidades para as quais são encontradas dificuldades de contratação: Anestesiologia, Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade, Medicina Intensiva,

Neurocirurgia, Neurologia e Psiquiatria. Os fatores que justificam essa dificuldade foram relatados como: falta de profissionais com titulação na especialidade; falta de médicos com experiência na área de atuação; e valor da remuneração considerado baixo pelos profissionais. Para as especialidades de Psiquiatria, Medicina Intensiva e Neurocirurgia o fator destacado foi a escassez de profissionais titulados.

Em abril de 2019 foi instituído junto à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) o grupo de trabalho para construção da política de residências na área da saúde (GTRES), que por meio do estudo de priorização, definiu as áreas mais sensíveis para nortear a proposição de Programas de Residência: Saúde Mental, Condições Crônicas Não Transmissíveis, Neoplasias, Causas Externas Saúde da Mulher e Doenças infecto-parasitárias. Somou-se a esse diagnóstico o anteriormente realizado pela CIB, em 2014 (Resolução N° 70/2014), que determinou como prioritárias as seguintes especialidades: Endocrinologia, Geriatria e Gerontologia, Medicina de Família e Comunidade, Neurologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Pediatria. Para além das especialidades prioritárias, o GTRES procurou traçar uma estratégia para expansão de Programas de Residência para além da Região Metropolitana, de forma a interiorizar a formação de especialistas para atuação no SUS.

A partir de 2020, foram implantados, pelo ICEPi, os primeiros Programas de Residência com cenários de prática nos municípios de Aracruz, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, São Mateus, Vila Velha e Vitória, devidamente credenciados no Programa de Residência Médica, junto à Comissão Nacional de Residência Médica.

4.8.3 Residência em Área Profissional da Saúde (Uni ou Multiprofissional)

Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde visam responder às necessidades de formação de profissionais trabalhadores para a consolidação do SUS, com caráter crítico, reflexivo e humanizado, atuantes nas vertentes de assistência, ensino, pesquisa e gestão, no curso da interdisciplinaridade e orientados pelas diretrizes

do SUS. No Espírito Santo, a realidade dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde ainda se apresentava de forma muito limitada. Na contramão da construção realizada para a Residência Médica, os Programas em Área Profissional ainda recebiam pouco destaque, contando com poucas instituições proponentes e poucos programas no território capixaba, conforme tabela abaixo:

Tabela 5: Cenário comparativo de residências médicas e em área profissional de saúde

	Residência Médica	Residência em área profissional da saúde
Nº de Instituições Proponentes	21	06
Nº de Programas de Residência	109	15
Nº de Vagas	325	84

Fonte: Levantamento realizado pelos Programas e Projetos do ICEPi (2022).

É importante ressaltar que, para além da formação de médicos especialistas, pensou-se em uma formação que abarcasse as principais necessidades de saúde visando a superação do modelo biomédico de assistência, fundamentando-se na integralidade e regionalização do cuidado, na interprofissionalidade e na educação problematizadora, formando profissionais para atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde de forma a suprir as carências da rede de atenção à saúde. A partir de 2020, com o credenciamento dos Programas de Residência Multiprofissional, o estado passou a contar com 07 instituições proponentes de Programas de Residência em Área Profissional, totalizando 19 Programas e 233 vagas (em 12 categorias profissionais), conforme tabela a seguir:

Tabela 6: Programas de residência profissional no Espírito Santo

	Total	ICEPi	Outras Instituições (06)
Nº de Programas	19	04	15
Nº de Vagas	233	149	84
Municípios de Abrangência	09	09	06
Categorias Profissionais	12	12	09

Fonte: Levantamento realizado pelos Programas e Projetos do ICEPi (2022).

4.8.4 Inovação e Pesquisa em Saúde

A produção científica da SESA atualmente ocorre prioritariamente por meio do ICEPi que tem como princípio basilar o desenvolvimento de ensino, pesquisa e inovação de forma transversal e integrada. Os projetos desenvolvidos por meio do ICEPi têm como perspectiva a produção de resultados nas três dimensões. Na produção científica destaca-se o Viana Vacinada que é uma pesquisa inédita, reconhecida internacionalmente, que teve como intuito medir a eficácia da meia dose da vacina na redução dos casos de Covid-19 na cidade de Viana - ES, sem diminuir a eficácia e a imunogenicidade. A pesquisa foi realizada em parceria com o Instituto René Rachou (Fiocruz/MG), HUCAM, Prefeitura de Viana e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

No primeiro semestre de 2021 foi publicado o edital Nº 032/2021 para estabelecer normas para credenciamento de servidores da SESA como pesquisadores/SESA junto ao ICEPi e para o cadastro de projetos e grupos de pesquisa com origem nos serviços da SESA. O edital propiciou o credenciamento de 180 pesquisadores, 15 grupos de pesquisa foram cadastrados junto ao CNPq e 64 projetos de pesquisas foram cadastrados.

Enquanto estrutura fundamental de apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico, a biblioteca do ICEPi promoveu a catalogação e tombamento de 421 obras e a confecção de cerca de 10 fichas catalográficas. Ampliando o escopo de sua atuação, o ICEPi aprovou dois projetos no edital universal de Extensão FAPES abrindo caminho para a criação de mais uma área inovadora, que é a extensão em saúde.

A inovação em saúde apresenta um levantamento de informações diagnósticas sobre o atual cenário da produção de ciência, tecnologia e inovação na área da saúde, especificamente sobre as ações, políticas e programas que compõem o escopo de atribuições da SESA. O Governo do Estado do Espírito Santo implementou, através do Decreto Nº 5230-R, de 31 de agosto de 2022, o “*Programa Compras Públicas para a Inovação*”, em cumprimento ao preceito exposto no Marco Legal de Ciência,

Tecnologia e Inovação, partindo-se do princípio legal de que o Estado deve utilizar seu poder de compra para fomentar a inovação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a pesquisa científica (Lei Federal Nº. 10.973/2004). Uma das formas de incentivar a produção de ciência e tecnologia em saúde é por meio da qualificação profissional em serviço para desenvolvimento de competências em atividades laboratoriais, de apoio à pesquisa científica em saúde e inovação.

4.9 Regulação

A regulação é considerada uma das macrofunções estritamente de competência da gestão pública. A Constituição Federal de 1988 em seus artigos 194 e 197 e a Lei 8080/90 em seus artigos 15 e 16 reafirmam o papel do Estado como agente regulador e normatizador com mecanismo de controle e avaliação. A partir da NOAS/SUS 01/2002, o conceito de regulação foi disseminado como sinônimo de regulação assistencial, vinculado à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI), sendo essa, uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta.

A macrofunção regulatória deve estar direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado por meio do controle do fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as unidades prestadoras de serviços, como também ao redimensionamento da oferta, redução ou expansão, tendo como base as necessidades da população. Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso deve buscar a qualidade da ação por meio da resolubilidade, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário (CONASS, 2011).

Nesse contexto, ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a

função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhoria do acesso.

A lógica do sistema de regulação de acesso, que precisa ser superada nos próximos anos é a que é exercida apenas com base na capacidade instalada da rede de serviços, sendo que a contratação de leitos é feita normalmente por oferta e não por necessidade e parâmetros assistenciais. Observa-se ainda que para dar conta da demanda reprimida gerada na APS e emergências ambulatoriais e hospitalares com baixa resolutividade, há no momento necessidade de um movimento incremental de ampliação de serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, com observância de critérios clínicos e processo de gestão da clínica.

Os movimentos desenvolvidos na última década para organização da atenção à saúde do SUS-ES, a saber, fortalecimento da APS; modelagem e implantação gradativa das redes temáticas; ampliação contínua da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; realização de mutirões/intensificação da oferta de consultas, exames e cirurgias eletivas; entre outros; não foram suficientes para superação de uma grande demanda reprimida por acesso que expressa a fragmentação do cuidado e a baixa capacidade de gestão efetiva dos processos e normas estabelecidos, explícito nos gastos crescentes com a judicialização e com impacto aquém do necessário para mudar positivamente os indicadores de saúde finalísticos.

A atual gestão propõe um redirecionamento desses esforços para a implementação efetiva da macro função regulatória, que incorpora ao processo regulatório da gestão da oferta x demanda, a gestão da clínica, sustentado por um potente sistema informatizado, com pontos de regulação do acesso nos serviços ambulatoriais e hospitalares (NIR) e um processo de educação permanente desenvolvido de modo integrado pelos profissionais da assistência e equipes de regulação. A implantação dos microssistemas regionais, integrando a APS com a AAE terá grande impacto nos

próximos anos na qualificação do acesso aos procedimentos ambulatoriais especializados.

A regulação do acesso ao recurso leito hospitalar (solicitações de internação) nas unidades próprias, contratualizadas e complementares da rede SUS do Estado do Espírito Santo é realizada através de um sistema informatizado - MV Regulação, de forma ágil, segura e sistemática. Os primeiros registros de regulações realizadas por meio deste sistema datam do ano de 2009. O objetivo é garantir que o usuário do SUS tenha acesso ao recurso de internação que necessita, dentro do menor tempo possível.

Para isso, a regulação precisa monitorar constantemente e sinalizar a oferta e necessidade de vagas, regionalmente, com o objetivo de reduzir o tempo de espera para disponibilização de vagas, que pode estar sendo influenciado pela falta de integração entre sistemas da gestão interna dos hospitais e central de regulação, ou ainda pela falta de registro no sistema utilizado e em bases do MS, como SIA e SIH. Um grande esforço está sendo empenhado no fortalecimento e expansão dos processos de trabalho dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) e dos Escritórios de Gestão de Alta (EGA) com vistas a otimizar as taxas de ocupação e giro de leitos, assegurando resolutividade de leitos e segurança ao paciente. Outro ponto a ser melhorado, é referente à perfilização dos serviços, que nem sempre dialoga com os contratos, que precisam ter seu monitoramento ampliado.

Em janeiro de 2023 a Região Metropolitana foi responsável por 74,53% das solicitações de leito, a partir da situação geral dos pacientes das UPA's e PA's. No período de 11/12/2022 a 07/01/2023 foram reguladas 1.963 internações pelo Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI) em todo o Estado, sendo uma média de 65 internações por dia.

Em 2022, o NERI recebeu uma média de 23 mil solicitações de internação por mês. Desse total, foram efetivadas 18 mil internações, em média, sendo: 12% de internações em

leitos regulados de uso exclusivo pelo NERI e 88% de internações em leitos de auto-gestão em hospitais da rede própria, filantrópica e contratualizada de forma complementar, que possuem leitos de retaguarda para a Rede de Urgência e Emergência e para o SAMU 192, recebendo pacientes oriundos de PA's e UPA's.

No ES e, de modo geral no SUS, como é possível observar, a função reguladora ainda é exercida com algumas fragilidades, porém, na perspectiva das Redes de Atenção e Vigilância em Saúde, está avançando para garantir ao usuário do SUS, o cuidado certo, no lugar certo, com qualidade, no tempo certo e com o custo adequado, buscando reduzir as filas expectantes ambulatoriais e de cirurgias eletivas atualmente existentes, com destaque para as maiores filas: ortopedia, neurologia, oftalmologia, especialidades pediátricas, tomografia, ressonância, colonoscopia e endoscopia.

Será necessário ainda, nos próximos anos, ampliar a disponibilidade da oferta, incluindo a teleconsulta por meio da implantação e implementação dos serviços de telessaúde, telemedicina, e telediagnóstico, a partir das necessidades identificadas. Importante destacar que todos os serviços existentes de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar da rede própria e complementar ao SUS, para atender às necessidades das redes de atenção e vigilância em saúde, estão devidamente habilitados junto ao Ministério da Saúde.

4.9.1 Transplantes

A Central Estadual de Transplantes do Estado do Espírito Santo está regulamentada pela portaria SAS/MS 264/1999 e exerce as atividades propostas na Portaria de Consolidação Nº 4/2017 em conformidade com a Lei Nº 9434/1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

A Central Estadual de Transplantes tem a responsabilidade de organizar, coordenar e regular as atividades de doação e transplante em seu âmbito de atuação e gerenciar os cadastros técnicos dos candidatos a receptores de tecidos, células, órgãos e partes do corpo humano, inscritos pelas equipes médicas locais, para compor a lista única de espera nos casos em que se aplique. Também é de responsabilidade da Central Estadual, receber e gerenciar as informações referentes às notificações de morte que ensejem a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes, ocorridas nos hospitais do Estado de acordo com a Resolução do CFM 2173/2017 e determinar a logística de distribuição de órgãos e tecidos, além de encaminhar as equipes habilitadas para a captação de órgãos e garantir a entrega dos órgãos nos hospitais transplantadores.

Um dos grandes desafios da gestão de doação de órgãos é a recusa familiar que no estado, desde 2018, apresenta um índice de 50%. Na tentativa de queda desse percentual de recusa familiar, a Central Estadual desenvolve junto às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) diversas atividades educativas voltadas à identificação dos potenciais doadores, ao estreitamento da relação das equipes assistenciais e de suporte com as CIHDOTT, capacitação dos profissionais no diagnóstico de morte encefálica e na comunicação em situações críticas para abordagem familiar para doação além das campanhas estaduais de conscientização sobre a doação de órgãos com a sociedade civil e demais espaços de convivência.

O Espírito Santo apresenta um histórico que demonstra o alcance das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) até 2021. Com base nos dados de doação nacional que sofreram grande impacto em função da pandemia da COVID-19, novos parâmetros foram estabelecidos pelo MS. Em 2022 a meta proposta foi de 12,4 doadores efetivos por milhão de habitantes e a Central alcançou a meta. A pandemia COVID-19 causou grande impacto no sistema de doação e transplante de órgãos no país e no Estado: ocorreu aumento do número de pacientes inscritos(principalmente no transplante de

córneas e transplante renal) e queda significativa de doadores, impactando negativamente no número de transplantes efetivamente realizados.

Considerando esse cenário, o desafio para o estado é aumentar o número de doadores efetivos por milhão de habitantes, diminuir as recusas familiares e ofertar órgãos e tecidos para serem transplantados nos 2.172 pacientes inscritos na lista de espera (julho de 2023) sendo 952 pacientes aguardando córnea, 1200 pacientes aguardando rim, 17 pacientes aguardando fígado e 3 pacientes aguardando coração. Entre as estratégias propostas está o fortalecimento de um planejamento integrado com elaboração do Plano Estadual de Transplantes que envolverá, entre outras, ações para estimular a sensibilidade acerca da doação de órgãos e tecidos para transplante e a ampliação da oferta de exames de histocompatibilidade para doação e transplantes de órgãos e medula óssea.

4.10 Auditoria

A auditoria do SUS é um dos instrumentos de controle interno que tem a finalidade de contribuir com a gestão por meio da análise dos resultados das ações e serviços públicos de saúde, avaliando a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, produzindo informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do sistema de saúde.

As auditorias no âmbito do SUS são realizadas pelos componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), instituído pela Lei Federal Nº 8.689/93, que se estrutura de forma descentralizada, sendo suas ações desenvolvidas em três instâncias de gestão: Ministério da Saúde (por meio do DenaSUS); Secretarias Estaduais de Saúde (no contexto capixaba, através da uma Gerência de Auditoria em Saúde - GAS, elencada e inserida no organograma da SESA pela Lei Complementar Nº 317/2004) e, por fim, pelas Secretarias Municipais de Saúde.

A nível local, a Gerência de Auditoria em Saúde estrutura-se de forma descentralizada, sendo suas ações desenvolvidas pelos auditores lotados na Sede Administrativa da SESA e em três instâncias regionais, nas Superintendências Regionais de Saúde. Não obstante, há necessidade de realizar ações de estruturação a nível interno, sobretudo no tocante à gestão de processos e produção de relatórios de gestão de forma mais automatizada, com implementação de fluxos formais de trabalho e, possivelmente, de um sistema informatizado próprio para gestão de processos de auditoria, que possua ferramenta de controle de prazos e de emissão de relatórios quali-quantitativos, que norteiem a produção setorial e também a produção de futuros indicadores. Além disso, verificou-se sobre a necessidade de que sejam indicadas estimativas de economia de recursos financeiros, caso sejam saneadas as não-conformidades apontadas nos processos de auditoria contábil e/ou operativa – nos casos em que, pelo objeto auditável, for possível aferir e calcular tais valores. Nesse sentido, são proposições passíveis de efetivação para o próximo ciclo de planejamento as seguintes intervenções: aperfeiçoar os fluxos internos e aprimorar o processo de trabalho; Diligenciar pela implementação de recursos tecnológicos (possível adoção de sistema/software, inerente aos processos de auditoria) que possa gerar dados e relatórios de gestão automatizados, bem como armazenar dados (sigilosos) para auxiliar a produção de indicadores e, conseqüentemente, otimizar governança; instituir projeto de pesquisa e inovação em parceria com o ICEPi para implementar ações preventivas de controle interno junto às Unidades Hospitalares da Rede Própria; produzir informações sobre economia de recursos nas auditorias prospectivas e retrospectivas, regulares e especiais, que sejam de caráter contábil e operativo, nos casos em que a gestão da SESA promova a adequação das não-conformidades apontadas nas Ordens de Serviço de Auditoria (OSA), dentre outras.

4.11 Financiamento

Um dos componentes essenciais do sistema de saúde é o financiamento. O financiamento do SUS, fundamentado na Constituição Federal em seu artigo 195, nas

Leis Orgânicas da Saúde Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90, é tripartite, com critérios de transferência de recursos da União para estados, Distrito Federal e municípios, com recursos do orçamento da seguridade social e do orçamento fiscal e de contribuições. O financiamento adequado para o sistema de saúde constitui-se num dos maiores desafios no SUS, devido ao envelhecimento da população, o surgimento de doenças desconhecidas aliado ao aumento de casos de doenças crônicas não transmissíveis, o crescente aumento dos óbitos por causas externas (acidentes e traumas por violência) e o aumento da expectativa de vida. O custo para manter esta progressiva demanda associado à introdução de novas tecnologias e medicamentos são crescentes.

No Espírito Santo o custo para manter o sistema de saúde público tem crescido a cada ano. É preciso evoluir para dar sustentabilidade na garantia de recursos de forma a suportar as pressões de custo, mantendo atendimento adequado aos usuários do Sistema. Dois pontos necessitam ser amplamente discutidos e analisados: as fontes de receitas e o aspecto de como os gastos em saúde se estruturam. Um controle rigoroso nos custos dos serviços de saúde ao longo da execução deste Plano Estadual de Saúde deverá ser uma das premissas, de forma que as orientações das políticas de saúde a serem adotadas, definam as prioridades de gastos, medindo os impactos e sua contribuição para garantir o acesso oportuno da população aos serviços de saúde de qualidade, que sejam eficazes e seguros e que tenham um custo benefício de acordo com as necessidades.

A Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, definiu os percentuais de aplicação financeira para a União, Estados e Municípios. Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual. A tabela abaixo exhibe as despesas liquidadas pela SESA na série histórica de 2019 até 2022:

Tabela 7: Despesas Liquidadas SESA – 2019 a 2022

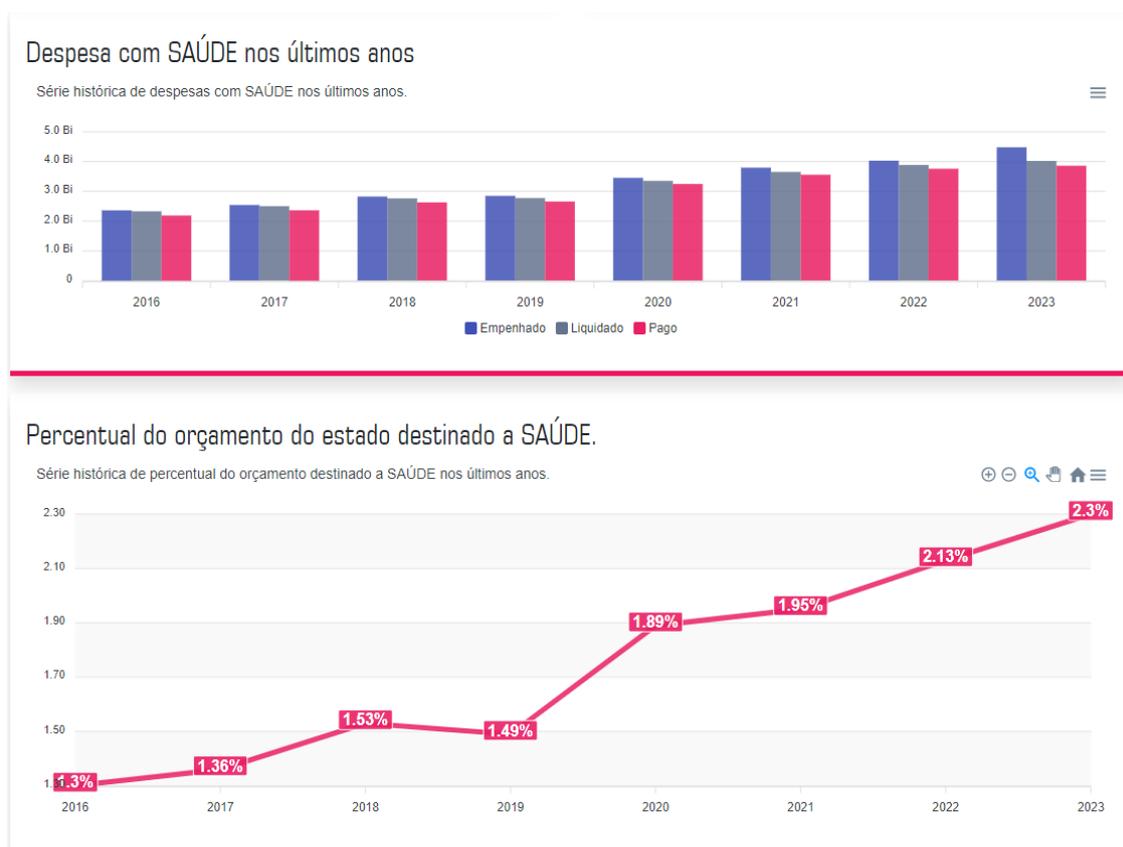
Fonte de Recursos	2019	2020	2021	2022
Estadual	2.159.315.109,27	2.153.382.044,60	2.151.902.811,00	3.077.975.153,00
Federal	611.361.826,62	1.076.594.121,76	1.065.374.450,00	790.430.658,00
Outras	6.302.880,15	89.424.781,20	435.662.190,00	18.338.214,00
TOTAL	2.776.979.819,04	3.319.400.947,56	3.652.939.521,00	3.886.744.025,00
Despesa Total em ASPS/ Habitante – Recurso Próprio	716,92	605,28	944,54	980,88
% Recursos Próprios Aplicados em ASPS	17,56	16,89	14,51	15,65

Fonte: GFES/SESA – Prestações de Contas Quadrimestrais - <https://saude.es.gov.br/prestacao-de-contas>

A planilha demonstra a evolução das despesas com saúde da SESA-ES considerando a fonte de recursos – Estadual, Federal e Outras (Recursos Ordinários – fonte livre/Operações de Crédito vinculadas à saúde/ Royalties do Petróleo destinados à saúde). Os anos de 2020 e 2021 tiveram um incremento do recurso federal em função do repasse para financiamento das ações de enfrentamento da COVID 19. Em 2022 o repasse federal retomou patamares similares aos do ano de 2019, representando aproximadamente 20% dos gastos.

As imagens a seguir demonstram a evolução do financiamento do SUS-ES entre 2016 e 2023 (os dados de 2023 são parciais), apontando tanto o aumento do volume de recursos aplicados em despesas de saúde, quanto o aumento no percentual de participação do orçamento destinado à saúde em relação ao orçamento global do governo do estado:

Figura 4: Despesas com saúde e percentual do orçamento destinado à saúde



Fonte: Portal da Transparência do Poder Executivo do ES

Para qualificar o processo de gestão orçamentária-financeira, a SESA deverá instituir rotinas de capacitação das suas unidades gestoras e novos mecanismos de monitoramento e avaliação da execução orçamentária ao longo de cada ano, bem como fortalecer os vínculos com as Secretarias de Planejamento e Fazenda. A habilitação oportuna de novos serviços e dos existentes ainda não habilitados também são uma oportunidade de melhoria de captação de recursos junto ao Ministério da Saúde, reduzindo a necessidade de recursos próprios do tesouro estadual, no orçamento total da SESA.

Nos próximos anos, deverão ser considerados o impacto orçamentário da abertura de novos hospitais próprios de grande porte em Cariacica, São Mateus e Colatina.

4.12 Judicialização da Saúde

O fenômeno da judicialização da saúde emerge da ordem constitucional brasileira, advinda da Constituição de 1988, que permite a atuação diligente do cidadão, sujeito ativo de direitos, e não um mero destinatário de políticas estatais. A busca cidadã pela intervenção do Judiciário visa a garantia do direito à saúde, essa é dada em tese pela incúria estatal e pelos vazios assistenciais que obstaculizariam o acesso aos serviços e insumos. Os desafios estatais colidem com as demandas individuais, pois em suma, buscam garantir a efetividade do SUS à coletividade.

A tratativa sistemática das demandas judiciais na SESA, pelos registros, se dá desde 2013, com organização das mesmas por meio da plataforma OnBase, inclusive com delimitação de rubrica própria pelo FES, desde 2014, quando foi possível extrair o histórico que compõe a Tabela 8. A situação da evolução das demandas e despesas com Judicialização, acompanha a realidade nacional.

Tabela 8: Evolução da judicialização da saúde no Espírito Santo por número de demandas e despesa, 2014-2022.

Ano	Demandas	Despesas com judicialização
2014	6.649	R\$ 955.310,63
2015	8.074	R\$ 58.433.275,37
2016	10.945	R\$ 77.017.824,59
2017	10.901	R\$ 109.148.646,08
2018	12.353	R\$ 128.439.290,49
2019	14.276	R\$ 115.984.167,54
2020	7.556	R\$ 107.379.403,58
2021	8.705	R\$ 85.705.522,50
2022	10.247	R\$ 102.402.124,89

Fonte: GEDEJ/SESA

A Gerência de Demandas Judiciais em Saúde, na conformação atual, foi instituída em setembro de 2021, através do Decreto n. 4974-R, constituindo-se uma ferramenta essencial nos direcionamentos das demandas judiciais.

Importante destacar que a judicialização, mesmo que de boa-fé, interfere na execução das ações programáticas da SESA, seja pelo importante dispêndio financeiro ou pela priorização - não regulada - de serviços.

No momento, complementando as atividades da Gerência de Judicialização, foram instituídos o Laboratório de Inovação e Direito à Saúde e o Grupo de Pesquisa de Judicialização da Saúde, ambos vinculados ao ICEPi.

O desafio da SESA, nesta área, tem sido a de atender o usuário, respeitando as disposições legais da jurisdição e mitigar as consequências da judicialização, especialmente quando excessiva, além de reduzir as decisões judiciais que versem sobre internações clínicas e acesso a consultas e exames especializados, pois estas representam parcela significativa do redirecionamento de recursos.

5. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE

5.1 Aspectos Demográficos, Socioeconômicos, Ambientais e Culturais

O Espírito Santo é o menor estado da região sudeste com área geográfica de 46.074,448 km² e um dos menores do Brasil. Seus limites são: a leste, o Oceano Atlântico, ao norte, o estado da Bahia, a oeste e noroeste, o estado de Minas Gerais, e ao sul, o estado do Rio de Janeiro.

Segundos dados do censo IBGE 2022 o Espírito Santo tem uma população de 3.833.486 habitantes. Se compararmos com a população projetada para o ano de 2021, a saber, 4.108.508, o estado teve uma redução de 6,7% em sua população. É importante destacar que os cálculos apresentados nesse diagnóstico situacional bem como aqueles referidos na linha de base de todas as metas propostas no presente plano, têm como base a projeção populacional de 2021, pois na ocasião do início da elaboração do presente diagnóstico, eram os dados disponíveis no TABNET/DATASUS/MS.

Essa população está distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Apenas 26 tem população maior que 30 mil habitantes; desses, somente 10 tem população maior que 100 mil e 02 tem população maior que 500 mil habitantes. A maioria dos municípios do estado (52), portanto, tem população que varia entre 5.083 habitantes (Divino São Lourenço) e 29.177 habitantes (Alegre).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente desde 2020, essa população se distribui em 3 Regiões de Saúde, sendo que 59,3% desse total concentra-se na Região Metropolitana de Saúde. A tabela abaixo apresenta a população do estado por região de saúde, considerando o censo IBGE 2022:

Tabela 9: População do Estado por região de saúde e a variação no período 2000-2022

Região de Saúde	2000	2022	Variação %
Metropolitana	1.803.899	2.272.104	
Sul	597.530	656.126	
Central Norte	772.431	905.256	
Espírito Santo	3.173.860	3.833.486	20,8%

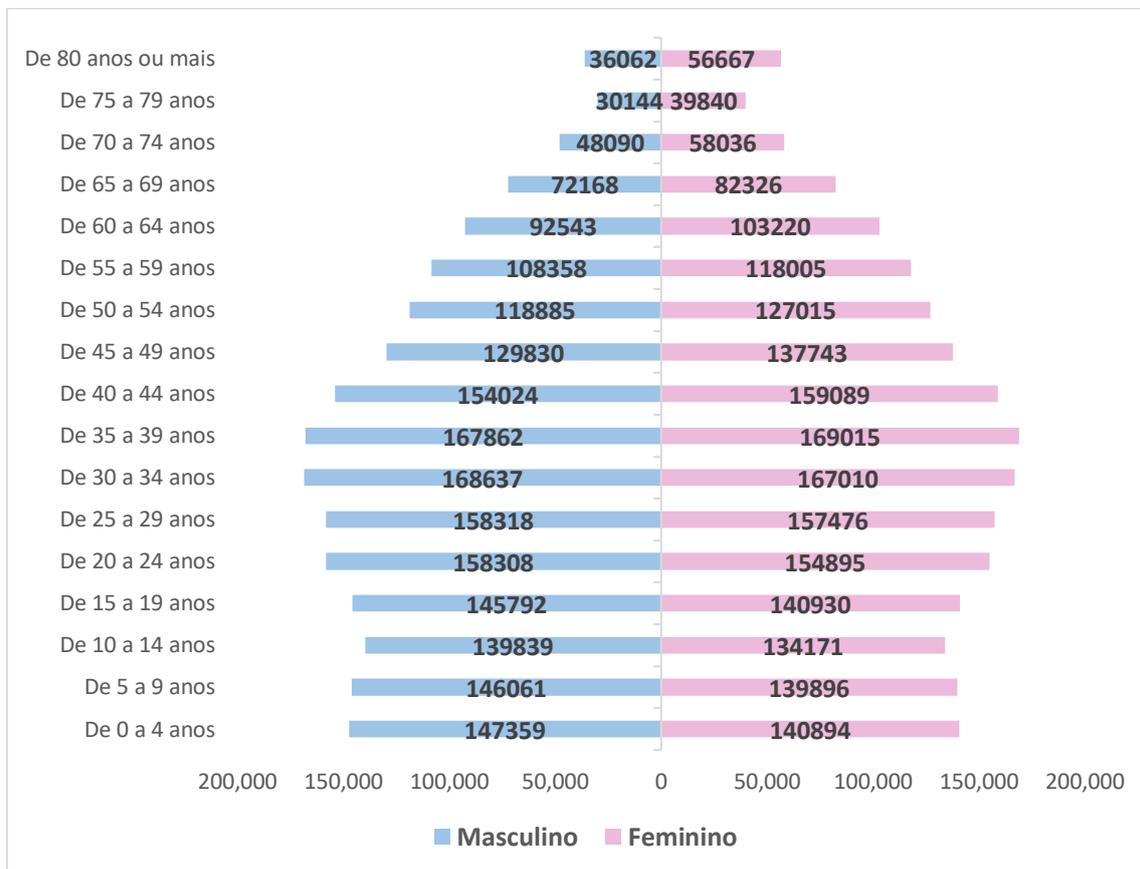
Fonte: IBGE 2022.

No período referido, registrou-se um incremento populacional de 20,8%. Não é possível estimar o crescimento populacional em cada região de saúde, pois no período entre 2000 e 2022 tivemos três PDR diferentes, ou seja, 3 configurações regionais de saúde distintas. O maior crescimento populacional possivelmente se deu na região metropolitana em função da maior concentração de pessoas. O Espírito Santo apresenta densidade demográfica de 76,25 hab./km², com taxa de crescimento demográfico anual de 0,73% ao ano (IBGE, 2022).

Para viabilizar algumas análises no que se refere ao perfil demográfico, considerou-se a estimativa populacional por sexo e faixa etária disponibilizado pelo MS no TABNET/DATASUS. A população feminina corresponde a 50,8% (2.086.228), enquanto a população do sexo masculino corresponde a 49,2% (2.022.280) do total. Referente à

faixa etária, o gráfico abaixo ilustra uma transição demográfica em curso, de acordo com as estimativas por sexo e faixa etária, para o ano de 2021.

Gráfico 3: Transição demográfica por sexo e faixa etária no ES, para o ano de 2021.



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE

A estrutura etária da população demonstra uma transformação, indicando adensamento na faixa etária de pessoas idosas (acima de 60 anos) e um crescente estreitamento da base da pirâmide, distanciando-se, gradativamente, da forma piramidal tradicional, que predominava. Este é um elemento muito relevante no planejamento e na oferta de políticas públicas de saúde, pois o envelhecimento da população nos confronta com inúmeros desafios na organização dos serviços direcionados a saúde da pessoa idosa.

Em relação ao número de nascidos vivos, em 2022 nasceram 51.733 crianças, segundo estado de residência da mãe, o que significa uma redução de 4,34% no total de nascidos vivos no estado considerando a série histórica apresentada. A tabela abaixo evidencia um crescimento desse número até 2018, mas esse cenário se inverteu a partir de 2019.

Tabela 10: Série histórica 2013 a 2022 de nascidos vivos no ES

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
54.084	56.564	56.945	53.419	55.848	56.723	54.934	53.771	52.502	51.733

Fonte: SESA/TABNET/SINASC. Acesso em 29/08/2023.

A esperança de vida ao nascer, consiste na estimativa do número de anos que se espera que um indivíduo possa viver e o aumento da expectativa de vida está diretamente associado à melhoria das condições de vida da população. A esperança de vida ao nascer em 2022, segundo dados da estimativa do IBGE, foi de 79,79 anos no ES comparado a 77,19 no Brasil. No estado evidencia-se uma diferença significativa na expectativa de vida entre os gêneros, sendo 83,6 anos para mulheres e 76,09 anos para os homens, o que representa uma diferença de 7,51 anos.

O índice de envelhecimento em 2010, considerando a população acima de 60 anos foi de 44,9 idosos para cada 100 jovens com menos de 15 anos. Em 2019, esta relação passa para 66,5 idosos para cada 100 jovens. Valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica se encontra em estágio avançado. Esse dado também aponta para uma gradativa elevação na razão de dependência. Esta por sua vez mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade. No ES essa razão encontra-se em 42,4, segundo dados do IBGE 2015. Em 2004, essa razão era de 48,4. Ou seja, a cada ano registra-se um aumento da dependência de aposentados e crianças em relação a população economicamente ativa.

Relativamente à educação, a taxa de analfabetismo medida em 2021 (PNAD/IBGE) alcançou 5% no estado do ES entre pessoas com 15 anos ou mais, enquanto que a taxa do país alcançou 5,19%. O quadro a seguir evidencia este cenário:

Tabela 11: Taxa de analfabetismo no Brasil e ES em 2021

	15 anos ou mais PNAD	18 anos ou mais PNAD	25 anos ou mais PNAD
Brasil	5,19	5,45	6,26
ES	5	5,24	5,96

Fonte: Disponível <http://www.atlasbrasil.org.br/> Acesso dia 28/12/2022

5.1.1 Perfil Socioeconômico

De acordo com o Instituto Jones dos Santos Neves, por conta dos efeitos da pandemia de COVID-19 na economia, o PIB do Espírito Santo registrou fraco desempenho, passando de R\$ 137,4, bilhões em 2019 para R\$ 138,5 bilhões em 2020. Apesar do crescimento nominal, em termos de produção física agregada, a variação foi de -4,4% na comparação com o ano anterior, representando o segundo ano com redução em volume do PIB. Em relação aos componentes do PIB pela ótica da produção, o setor que mais influenciou o resultado nominal da economia do estado em 2020 foi a agropecuária (+25,8%) e, de forma menos intensa, a indústria (+3,2%). No setor de serviços, a variação foi negativa (-2,5%).

A Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2022, cujos dados foram coletados em 2021 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou que o Espírito Santo é o 9º estado com menor nível de desigualdade de renda do Brasil. O resultado foi obtido pelo índice de Gini, usado para medir a distribuição do rendimento domiciliar per capita. No estado, ele foi de 0,509. Um outro dado em destaque, foi o rendimento médio domiciliar *per capita* das pessoas pretas ou pardas, pois este é cerca de 60% do rendimento das pessoas brancas desde 2012. O rendimento médio dos capixabas pretos ou pardos foi

de R\$ 1.033, enquanto que o das pessoas brancas foi de R\$ 1.726. Em comparação com o ano anterior, o rendimento médio domiciliar *per capita* recuou 11,1%, em média, com uma queda de 10,8% nos rendimentos das pessoas pretas ou pardas e de 9,1% das pessoas brancas.

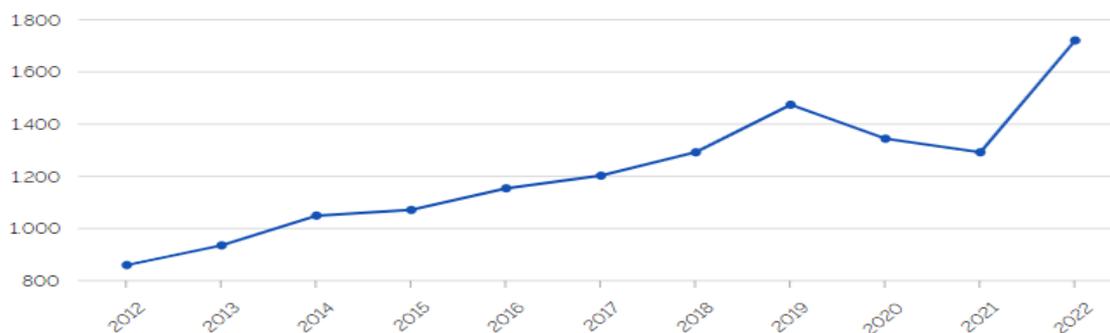
Em 2021, cerca de 94,3 mil pessoas (2,3%) da população, residiam em domicílios sem rendimento. Em torno de 404 mil pessoas (9,8%) residiam em domicílios com rendimento domiciliar per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo; 810,2 mil (19,7%), até meio salário mínimo; 1,316 milhão (32,1%), mais de meio até 1 salário mínimo; 938,8 mil (22,9%), mais de 1 a 2 salários mínimos; 259,4 mil (6,3%), mais de 2 a 3 salários; 165,5 mil (4,0%), mais de 3 a 5 salários, e 116,2 mil (2,8%) mais de 5 salários.

No recorte por cor ou raça, entre os 10% da população com menores rendimentos, 17,1% eram brancos, enquanto 82,5% eram pretos ou pardos. Já entre os 10% com maiores rendimentos, 60,2% eram brancos, diante de 38,4% pretos ou pardos.

5.1.2 Pobreza monetária

Segundo dados do IBGE, em 2021, aumentou o percentual de pessoas abaixo da linha de extrema pobreza no Espírito Santo. Considerando a linha de extrema pobreza global, aumentou o percentual de pessoas com rendimento domiciliar per capita inferior a R\$168,00 mensais. No ano de 2020, apenas 3,8% da população vivia com menos de US\$1,90 PPC (Poder de Paridade de Compra) por dia, em 2021 o percentual chegou a 6,7% (274,6 mil pessoas). Embora tenha aumentado, o valor ainda ficou abaixo da média nacional (8,4%). O rendimento mensal domiciliar per capita é o oitavo maior do Brasil, apresentando recuperação em 2022 (R\$1.723,00), após dois anos com resultado negativo quando comparado ao ano de 2019, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 4: Série histórica da renda mensal domiciliar per capita – ES 2012 – 2022



Fonte: IBGE, disponível <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es.html>

5.1.3 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2021, o Índice de Desenvolvimento Humano do Espírito Santo era de 0,77, ocupando o 5º lugar no ranking nacional. Em 2010, o município capixaba com o maior Índice de Desenvolvimento Humano era Vitória, com um índice de 0,845 (considerado muito alto), e o município com o menor índice era Ibitirama, com um índice de 0,622 (considerado médio).

5.1.4 Taxa de desemprego

O IBGE realiza o cálculo da taxa de desemprego que considera a população desempregada e outra parte que se encontra empregada. Para a População Desocupada (PD) são contabilizadas as pessoas que não têm trabalho, mas estão à procura. Já a População Economicamente Ativa (PEA) inclui todas as pessoas desempregadas e empregadas. O cálculo da taxa de desemprego é feito através da fórmula: Taxa de desemprego = $[PD \div PEA] \times 100\%$.

Tabela 12: Série histórica taxa de desemprego no Brasil, no Sudeste e no ES.

	1991	2000	2010	2023*
Sudeste	5,0	15,7	7,3	7,9
Espírito Santo	3,5	12,8	7,0	7,0
Brasil	4,9	14,7	7,4	8,8

Fonte: IBGE. *1º trimestre de 2023

5.1.5 Acesso da população à água e esgoto

A tabela abaixo demonstra a série histórica do percentual de domicílios ligados a rede de abastecimento de água. A informação mais recente, de 2017, aponta que o ES tem um cenário próximo do percentual nacional. Trata-se de um fator muito relevante para a manutenção da saúde e qualidade de vida das pessoas em função dos riscos de contaminação e doenças de veiculação hídrica. A tabela abaixo explicita este cenário no estado em comparação com o cenário nacional:

Tabela 13: Percentual da população com abastecimento de água em domicílio

Território	% pop./domicílios ligados rede abastecimento água - 2013	% pop./domicílios ligados rede abastecimento água - 2015	% pop./domicílios ligados redes abastecimento água - 2017
Brasil	90,7	91,0	91,1
Espírito Santo	91,0	92,4	90,6

Fonte: Disponível <http://www.atlasbrasil.org.br/> Acesso em 07 e 11/10/2022

O acesso ao saneamento básico e a saúde pública, assim como a outros serviços essenciais, é bastante desigual no país. Nesse contexto, a universalização do saneamento básico no Brasil ainda é um grande desafio com impactos significativos na área da saúde. Por meio do acesso aos serviços de saneamento, como abastecimento com água tratada e coleta e tratamento de esgoto, é possível reduzir as internações por doenças de veiculação hídrica e proporcionar um ambiente mais saudável para as pessoas, principalmente para as crianças. A tabela abaixo demonstra a situação do

estado em comparação com a situação nacional. Apesar dos dados serem referentes a 2017, evidencia-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido até que toda a população capixaba seja beneficiada com o acesso ao saneamento básico:

Tabela 14: Percentual da população com esgoto tratado em domicílio

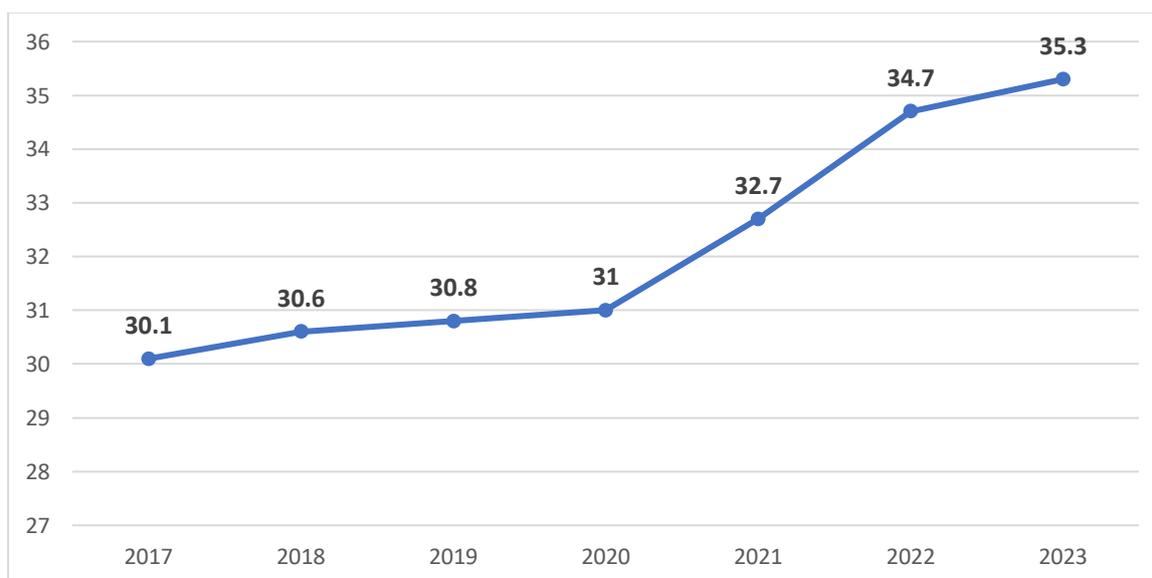
Território	% pop./domicílios com esgoto tratado - 2013	% pop./domicílios com esgoto tratado - 2015	% pop./domicílios com esgoto tratado - 2017
Brasil	69,1	73,7	73,3
Espírito Santo	69,0	74,8	73,8

Fonte: Disponível <http://www.atlasbrasil.org.br/> Acesso dia 07 e 11/10/2022

5.1.6 Perfil do Setor Suplementar

A Saúde Suplementar está no âmbito das atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) conforme art.197 da Constituição Federal de 1988, tendo como marco regulatório a Lei Nº 9.656/1998 e a Lei Nº 9.961/2000. Refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do poder público. A tabela abaixo demonstra a taxa de cobertura de planos privados no ES, segundo dados da ANS:

Gráfico 5: Taxa de cobertura de planos de saúde no ES – 2017 a 2023*



Fonte: TABNET/ANS. Acesso em 30/08/2023. * Dados referentes à julho/23.

O gráfico evidencia um aumento gradativo na taxa de cobertura ao longo dos anos no período considerado. A taxa de cobertura considera qualquer tipo de plano com assistência médica, independente da modalidade de cobertura. Isso significa que muitos beneficiários de planos de saúde também recorrem ao SUS em procedimentos de maior complexidade, internação, tratamentos mais caros, obstetrícia, etc. Considerando-se a taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos, temos uma taxa de 18,95%, o que aponta uma forte dependência do SUS para a assistência odontológica bem como forte atuação do mercado privado neste segmento assistencial.

As referidas taxas de cobertura apontam para a grande importância que o SUS tem na configuração do sistema de saúde estadual, pois a grande maioria da população capixaba (64,7) é exclusivamente SUS dependente no que se refere à assistência à saúde.

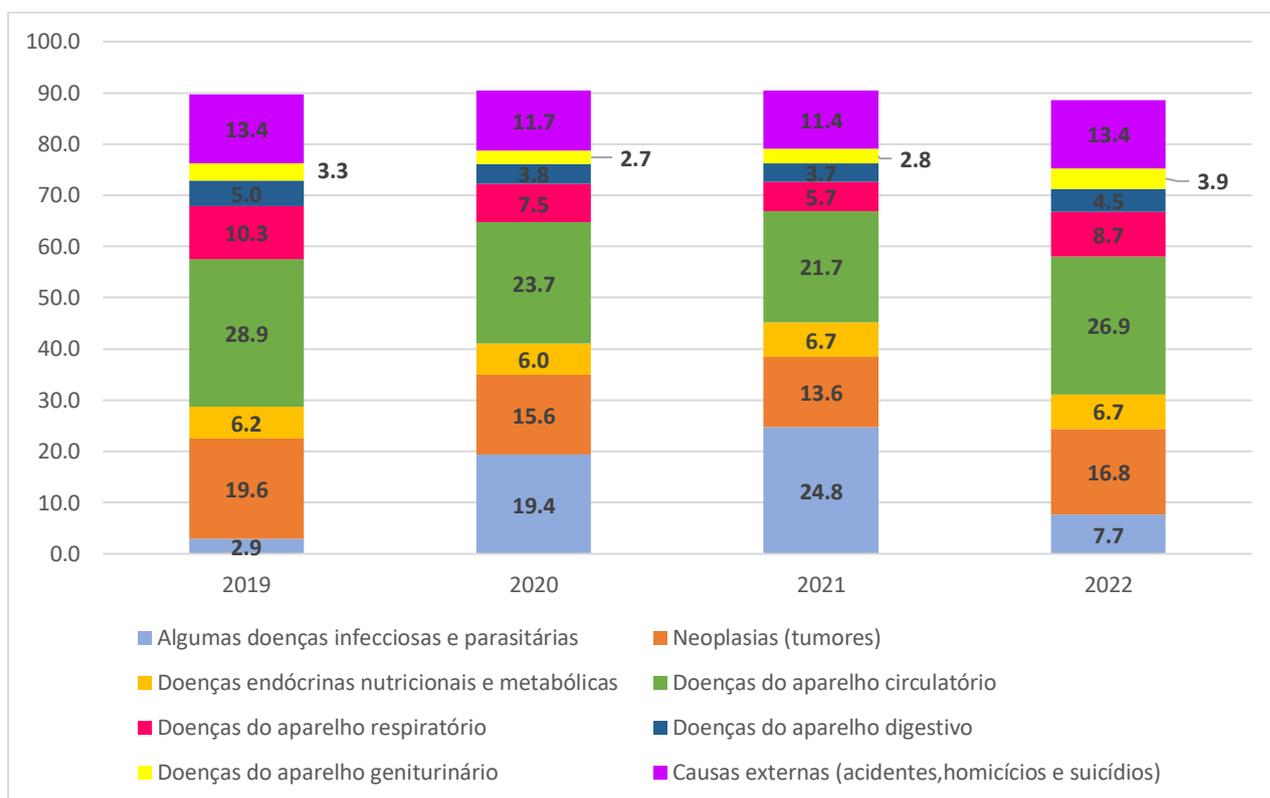
5.2 Perfil Epidemiológico

5.2.1 Perfil de Morbimortalidade: condições agudas e crônicas

A análise da evolução da mortalidade permite acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico de uma população e sua tendência. As transformações no estilo de vida da população, hábitos e comportamentos, associados às desigualdades sociais predispoem à exposição aos fatores de risco tais como: sedentarismo, obesidade, tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas contribuindo para a ocorrência de óbitos. Consideradas atualmente um problema de saúde pública de grande relevância, as doenças crônicas não transmissíveis acrescidas das causas externas constituíam a principal causa de adoecimento e óbito no mundo. No estado do ES este perfil de mortalidade não era diferente até 2019, conforme apontam os dados do Sistema de Mortalidade (SIM). A pandemia do novo Coronavírus também reverteu este perfil, pois em 2021 foram registrados 8.080 óbitos por Covid-19 no estado, responsável por aproximadamente 24,63% dos óbitos (doenças infecto parasitárias), enquanto que as

doenças do aparelho circulatório representaram 21,7% e as neoplasias 13,6%. No ano de 2022, os dados apontam, mesmo que preliminarmente, para o retorno ao perfil de mortalidade aos patamares de 2019, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 6: Percentual (%) de mortalidade pelos principais grupos de causas no ES. 2019-2022



Fonte: SIM/TABNET/SESA. Acesso em 15/05/2023.

Fica evidente a relevância da pandemia na mudança do perfil de mortalidade em nosso estado. Em 2022, os óbitos por COVID-19 representaram 7,7% do total. Este resultado ainda não se iguala à situação anterior a pandemia (2,9%), mas já aponta o seu controle. As doenças cardiovasculares (doenças do aparelho circulatório), voltou a ser responsável pelo maior percentual de óbitos (26,9%), seguido pelas neoplasias (16,8%) e causas externas (13,4).

Na lógica da análise do perfil de mortalidade, é importante também observar o perfil da morbidade hospitalar do estado. A tabela 15 apresenta os dados referentes a morbidade

hospitalar para o ano de 2022 com um comparativo em relação aos anos de 2020 e 2021 e seus respectivos percentuais no total das internações registradas em cada ano. Nos anos anteriores (2020 e 2021), a pandemia do novo Coronavírus também transformou o perfil da morbidade hospitalar do estado, de forma que o grupo das doenças infecto contagiosas (incluindo a Covid-19) atingisse o segundo lugar das causas de morbidade hospitalar. Historicamente as três principais causas de internação (sem considerar gravidez, parto e puerpério) eram as doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias, conforme tabela abaixo:

Tabela 15: Causas de morbidade hospitalar no ES entre 2020-2022.

Capítulo CID-10	2020	% (2020)	2021	% (2021)	2022	% (2022)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26698	12,0	35351	13,5	15198	6,3
II. Neoplasias (tumores)	19890	8,9	22502	8,6	24450	10,1
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1703	0,8	2062	0,8	2131	0,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4514	2,0	5014	1,9	4816	2,0
V. Transtornos mentais e comportamentais	3070	1,4	3033	1,2	2483	1,0
VI. Doenças do sistema nervoso	2957	1,3	3705	1,4	4177	1,7
VII. Doenças do olho e anexos	1001	0,4	1533	0,6	2031	0,8
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	265	0,1	279	0,1	423	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	23999	10,8	28734	11,0	27795	11,5
X. Doenças do aparelho respiratório	15461	6,9	18986	7,3	20933	8,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	16437	7,4	20630	7,9	23052	9,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5860	2,6	6495	2,5	6071	2,5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3530	1,6	4964	1,9	5610	2,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	12897	5,8	15297	5,9	17359	7,2
XV. Gravidez parto e puerpério	43784	19,6	44066	16,9	40506	16,7
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	6007	2,7	6959	2,7	6529	2,7
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1143	0,5	1568	0,6	1587	0,7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4807	2,2	5674	2,2	5717	2,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	26493	11,9	31209	11,9	27645	11,4
XXI. Contatos com serviços de saúde	2532	1,1	3421	1,3	3630	1,5
Total	223048		261482		242143	

Fonte: Tabnet SESA

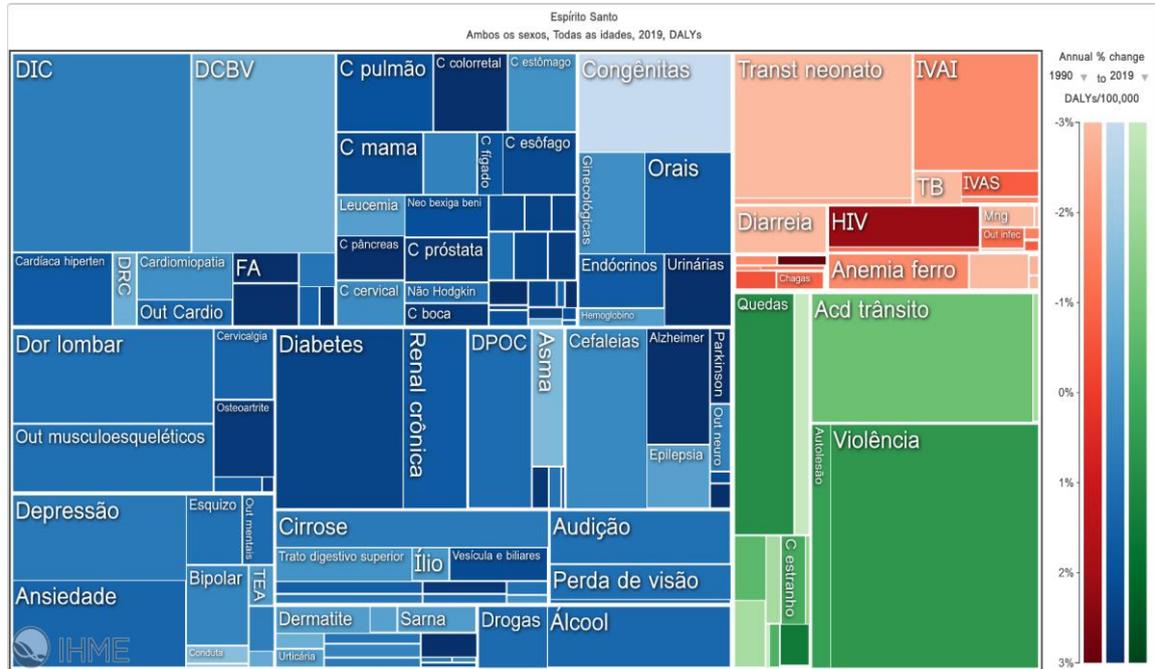
A rede hospitalar sofreu em 2020 e, principalmente, em 2021, uma pressão enorme por vagas de internações decorrentes da COVID-19. Observa-se que em 2022, com grande parte da população vacinada, esse cenário voltou ao perfil anterior, tendo as internações por doenças cardiovasculares e causas externas registrado o maior número de ocorrências, sem considerar as internações por gravidez, parto e puerpério. O ano de 2022 registrou outras ondas da COVID-19, mas a evolução dos casos graves e óbitos se concentrou na população não vacinada ou com o esquema vacinal atrasado, o que significou um grande alívio na demanda por leitos. Sendo assim, as internações decorrentes de doenças infecto parasitárias representaram somente 6,3% do total de internações em 2022.

Os dados também sinalizam importante queda nas internações por gravidez, parto e puerpério, apesar de ainda permanecerem como primeira causa de internação ao longo dos anos. Essa queda se deve a redução do número de nascimentos que se apresenta como tendência nos últimos anos. O que representava 19,6% das internações em 2020, no ano de 2022 esse percentual caiu para 16,7%. Também se observa um incremento gradual no percentual das internações decorrentes das neoplasias, representando 10,1% do total, permanecendo no grupo das 5 causas com maior número de ocorrências. Por fim, os grupos de doenças do aparelho digestivo, respiratório e geniturinário tem registrado um aumento representativo no percentual de internações na série histórica apresentada. O que chama atenção é o grupo das doenças do aparelho digestivo, que gradualmente tem se aproximado do percentual de internações por câncer, tendo sido responsável por 9,5% do total em 2022.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o DALY (anos potenciais de vida perdidos ou vividos com incapacidades) como um dos elementos mais importantes no processo de avaliação do estado de saúde das populações. O indicador tem sido empregado na estimativa da carga de doenças de países, regiões ou cidades para avaliar a carga de doenças específicas, sendo, além disso, uma medida bastante sensível às iniquidades em saúde, podendo também ser usado para identificar grupos mais

vulneráveis da população. Destaca-se, a seguir, a situação do estado com dados que se referem a 2019:

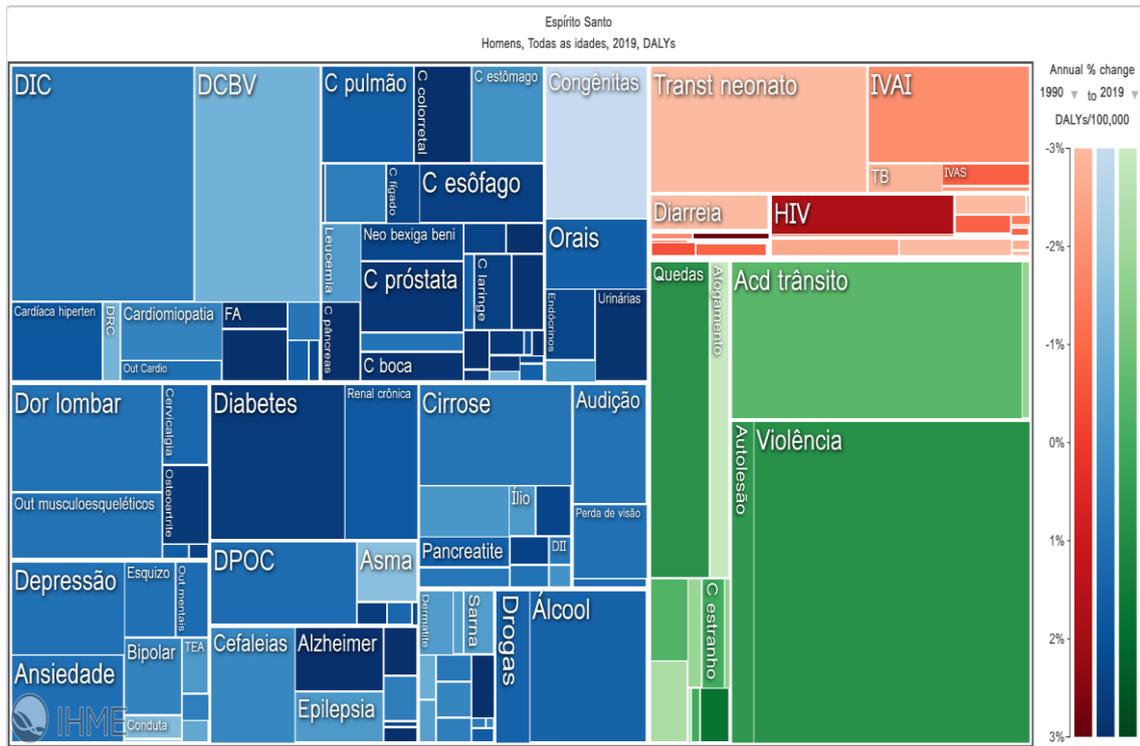
Figura 5: Doenças crônicas, saúde mental e violência na carga de doenças que comprometeram a saúde e a vida da população do ES no ano de 2019.



Fonte: <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>

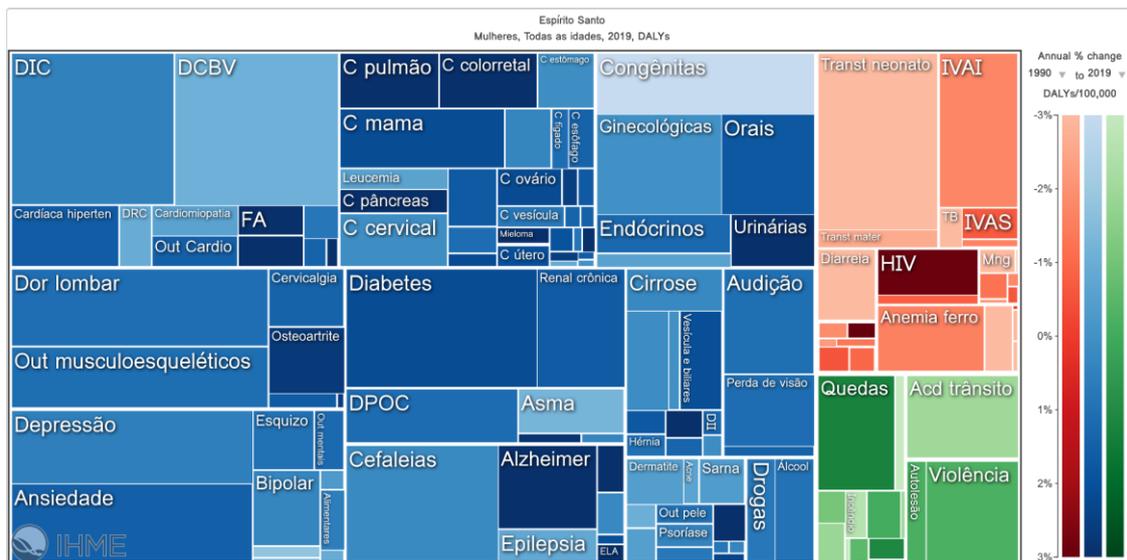
A legenda considera as cores: azul: doenças crônicas não transmissíveis; verde: causas externas; vermelho: doenças transmissíveis. Não restam dúvidas quanto ao impacto das DCNT na vida das pessoas, na dinâmica social e nos aspectos socioeconômicos de uma determinada população quando se tem essa predominância nos adoecimentos. Quando analisada, a perspectiva de gênero no fator anos potenciais de vida perdidos ou vividos, percebe-se o peso maior das causas externas na carga de doenças e agravos que acometem a população masculina, causando mortes e incapacidades e impactando para muito além do sistema de saúde e previdenciário. As imagens a seguir evidenciam essa comparação na perspectiva de gênero para cada grupos de doenças e agravos:

Figura 6: Doenças crônicas, saúde mental e violência na carga de doenças que comprometeram a saúde e a vida da população do ES no ano de 2019 - Homens



Fonte: <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>

Figura 7: Doenças crônicas, saúde mental e violência na carga de doenças que comprometeram a saúde e a vida da população do ES no ano de 2019 - Mulheres



Fonte: <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>

5.2.2 Mortalidade de Mulher em Idade Fértil

O Ministério da Saúde determina que, independentemente da causa declarada, os óbitos maternos e óbitos de mulheres em idade fértil são eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência, com estabelecimento de prazo de 48 horas para notificação e 120 dias para a conclusão do processo investigatório.

No período de 2012 a 2022 foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 14.659 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que a maior frequência foi no ano de 2021, com um total de 1.743 óbitos. Os óbitos foram mais frequentes na faixa etária entre 40 a 49 anos (48,74%), seguidos da faixa etária entre 30 a 39 anos (27,92%) e 20 a 29 anos (15,24%).

Dentre as principais causas de óbito, a que mais se destaca no período foi a neoplasia maligna de mama, seguida das doenças por vírus de localização não especificada e das causas externas. Dentre as causas externas de mortalidade de mulheres em idade fértil, as agressões foram as mais frequentes no período, seguida dos acidentes de transportes e suicídios, conforme tabela abaixo:

Tabela 16: Causas de óbitos de mulheres em idade fértil segundo causas externas - ES. 2012 a 2022

Causas Externas	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Homicídio	142	149	130	123	78	127	78	73	87	96	81	1164
Acid. de Transportes	124	110	111	99	79	91	74	59	76	86	95	1004
Suicídio	36	29	40	39	40	31	41	52	48	50	39	445
Eventos de intenção indef	12	18	14	23	21	18	26	27	17	13	38	227
Outros Acidentes	5	18	18	14	10	10	16	14	19	23	12	160
Afogamento	15	7	11	19	6	5	7	6	3	7	7	93
Queda	7	11	4	12	10	3	7	12	9	8	4	87
Demais causas externas	0	5	4	2	2	5	2	8	1	4	6	39
Queimadura	2	3	3	3	1	2	3	1	6	1	6	39

Fonte: SESA/TABNET/SIM. Acesso em 04/09/2023

Reduzir os homicídios de mulheres, especialmente na faixa etária de 10 a 49 anos, é um grande desafio social e urgente, que deve ser enfrentado com o envolvimento de diversas políticas públicas. Esta se configura uma prioridade para os próximos anos no ES, e no âmbito do SUS também.

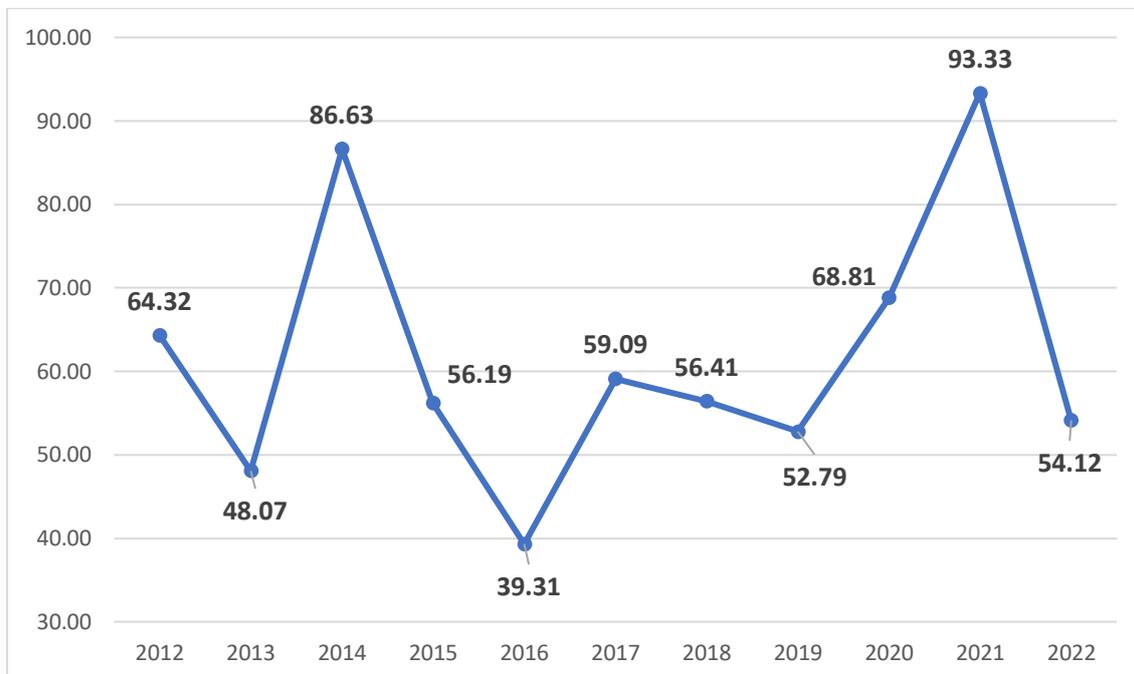
5.2.3 Mortalidade Materna

É considerado óbito materno a morte de mulher, ocorrida durante a gestação, parto ou até 42 dias após o seu término, em decorrência de quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais.

O coeficiente de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos oscilou no período de 2012 a 2022, atingindo o valor máximo (93,33) em 2021 e mínimo (39,31) em 2016. O resultado deste coeficiente em 2021 reflete uma parte dos prejuízos que a pandemia causou, pois, a gestante e a puérpera eram considerados grupo de risco para a COVID-

19 e grande parte dos óbitos registrados em 2020 e 2021 foram em decorrência da COVID-19.

Gráfico 7: Coeficiente de Mortalidade Materna por 100.000 NV. ES 2012 – 2022.



Fonte: SESA/TABNET/SIM/SINASC. Acesso em 04/09/2023.

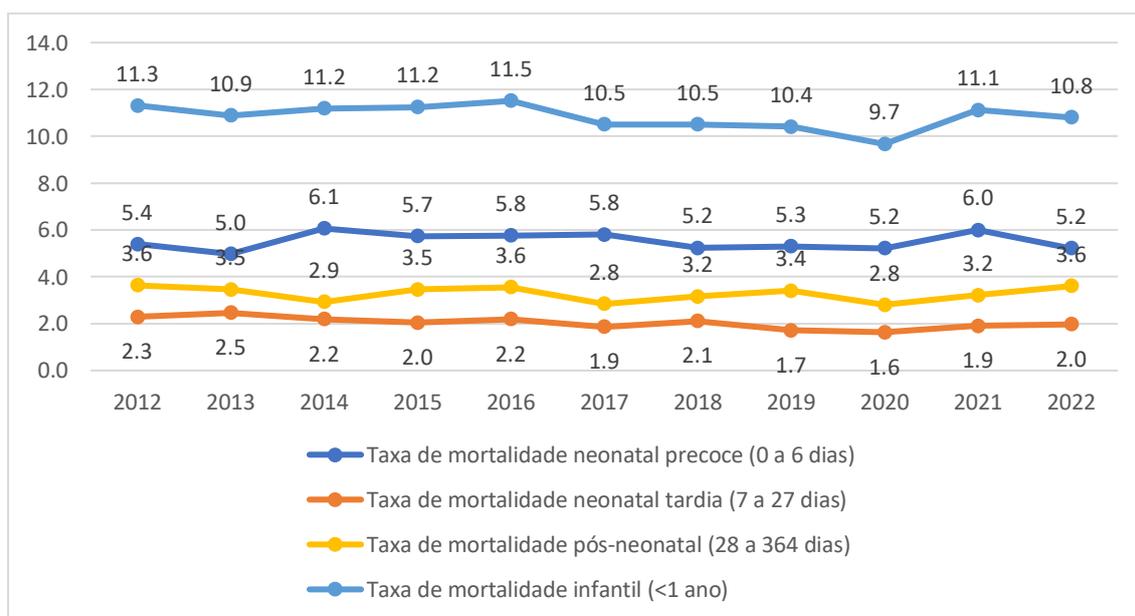
Dentre as principais causas de óbitos maternos estão: 1) Outras doenças da mãe (hematológicas, neurológicas, metabólicas, cardiológicas, respiratórias, psiquiátricas, etc.) classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério; 2) Doenças hipertensivas da gravidez; 3) Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério (aqui predominantemente a COVID-19 como doença infecciosa); 4) Infecção puerperal; 5) Hemorragia pós-parto. O ano de 2022 apresentou um retorno aos patamares anteriores à pandemia, mas o estado ainda precisa percorrer um longo caminho até reduzir para 30 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos e atingir a meta estabelecida nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

5.2.4 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde, principalmente de ações relacionadas ao cuidado e assistência perinatal.

Entre 2012 a 2022, a taxa de mortalidade infantil apresentou tendência de queda até 2019, passando de 11,3 para 9,7 óbitos de menores de 1 ano a cada 1.000 nascidos vivos (NV). Assim como aconteceu com diversos outros indicadores sensíveis a qualidade do sistema de saúde e das condições socioeconômicas de uma determinada população, a pandemia também contribuiu para o aumento da mortalidade infantil. Fica evidente que apesar da histórica tendência de discreto declínio da mortalidade infantil, 2021 retratou um aumento importante. A série histórica abaixo aponta um platô de relativa estabilidade nos resultados, sem grandes oscilações, evidenciando destaque para a taxa de mortalidade neonatal, que se mantém elevada.

Gráfico 8: Taxa de mortalidade infantil segmentada. 2012-2022, ES.



Fonte: SESA/TABNET/SIM/SINASC. Acesso em 04/09/2023.

A concentração das mortes infantis na primeira semana de vida (0 a 6 dias) demonstra a estreita relação da mortalidade neonatal precoce com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período gestacional, pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e na unidade neonatal, além da importância de se considerar as ações dirigidas à melhoria desta assistência. Os óbitos ocorridos no período neonatal precoce tiveram como principais causas evitáveis aquelas consideradas redutíveis por adequado controle na gravidez (39,1%) e redutíveis por adequada atenção ao parto (19,5%). Já os óbitos no período pós-neonatal (7 a 27 dias) seriam redutíveis também por adequado controle na gravidez (29%) ou por meio de parcerias com outros setores, pois estas se relacionam principalmente com causas externas e anomalias congênitas não especificadas no grupo de causas não evitáveis.

Para este ciclo de planejamento o grande compromisso é recuperar os bons resultados que o estado do ES apresentava perante o cenário nacional no que se refere a mortalidade infantil. Também serão envidados esforços para cumprimento da meta relacionada aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que é reduzir a mortalidade infantil para 7 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos até 2027.

5.3 Imunização e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

O Programa Estadual de Imunizações (PEI) coordena o componente estadual da Política Nacional de Imunizações, incluindo o gerenciamento do estoque de imunobiológicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde; o provimento de insumos estratégicos, como seringas e agulhas; gestão dos sistemas de informações em imunizações, tais como o SIES (Sistema de Informação de Insumos Estratégicos), o Vacina e Confia; condução e elaboração das normatizações, capacitações e supervisões em imunização; gestão técnica do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE); gestão do CRIE virtual; e a Vigilância de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI). Na Vigilância das Doenças Imunopreveníveis coordena as ações de Vigilância de doenças transmissíveis agudas preveníveis através da vacinação como meningites, sarampo, influenza, PFA/poliomielite, tétano, rubéola, varicela, caxumba, difteria e

coqueluche. No ano de 2022, a SESA distribuiu 9.556.725 doses de imunobiológicos às regionais e municípios do estado, totalizando o valor financeiro de R\$ 207.806.810,21.

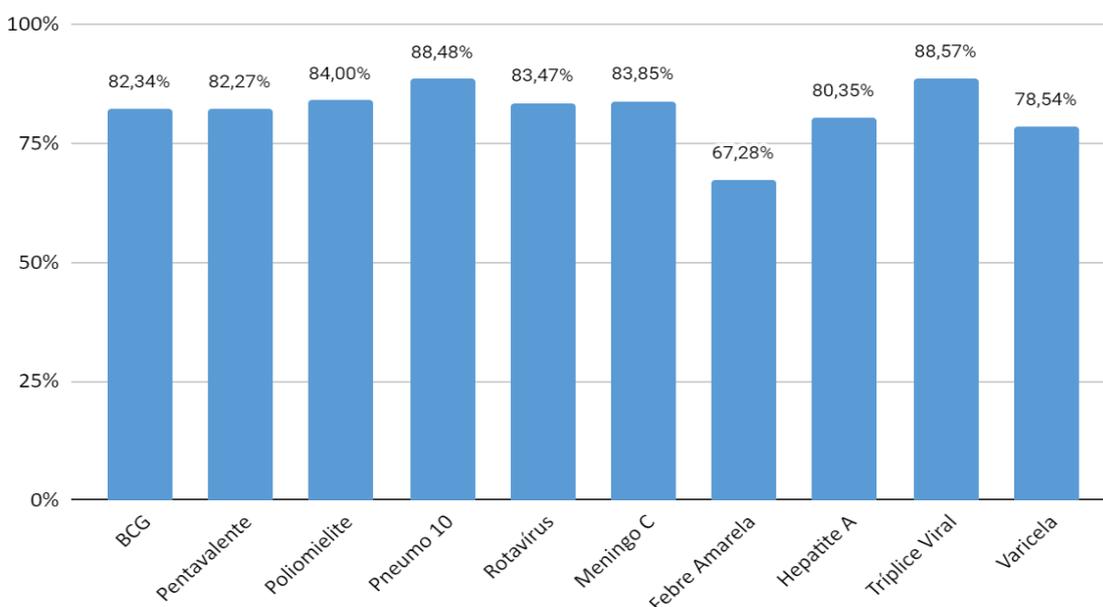
5.3.1 Cobertura Vacinal

A vacinação é uma das intervenções mais custo-efetivas e de maior impacto na ocorrência de doenças infecciosas e juntamente com outras políticas públicas, especialmente as voltadas à ampliação do saneamento, tornou possível o declínio substancial das mortes, principalmente de crianças. Até o ano de 2015, o estado do Espírito Santo alcançava coberturas vacinais de rotina adequadas, considerando o calendário das crianças menores de 2 anos de idade (BCG, poliomielite, pentavalente, rotavírus, pneumocócica 10 valente, meningocócica C, febre amarela e tríplice viral), com exceção da vacina hepatite A. As metas preconizadas pelo Ministério da Saúde são 90% para as vacinas BCG e rotavírus e 95% para as demais. Nos últimos anos, observa-se queda dessas coberturas no estado e no país. Houve redução a partir de 2016, cerca de 10 a 20 pontos percentuais e, embora em 2018 apresentasse alguma recuperação, o Espírito Santo não alcançou as metas preconizadas em nenhuma das vacinas do calendário da criança a partir de 2020.

Entre as possíveis explicações para isso, temos a diminuição da percepção de risco dessas doenças e o aumento da percepção de risco de eventos adversos pós-vacinação (EAPV). Entre outros fatores que influenciaram a queda das coberturas vacinais a partir de 2016, é apontado o surgimento da hesitação vacinal, fenômeno que tem ganhado importância em várias partes do mundo e se caracteriza pelo atraso em aceitar ou pela recusa da vacina, independentemente de sua disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde. São citadas também a crise político-econômica, a diminuição do apoio governamental ao SUS, a difusão por redes sociais de informações falsas sobre vacinas, que possivelmente contribuíram para a acentuada queda das coberturas nos últimos anos.

A tabela abaixo evidencia a situação das coberturas vacinais em crianças menores de 2 anos em 2022. Observa-se que as metas de cobertura vacinal não foram atingidas para nenhuma vacina do calendário da criança.

Gráfico 9: Coberturas vacinais do esquema primário das crianças menores de 2 anos de idade, ES, 2022.



Fonte: SIPNI/DATASUS, em 01 de março de 2023 (Dados referente às doses aplicadas de janeiro a abril de 2022), Vacina e Confia, em 27 de fevereiro de 2023 (Dados referentes às doses aplicadas pelas clínicas particulares de janeiro a dezembro de 2022 e dados referentes às doses aplicadas no período de maio a dezembro de 2022).

Este gráfico evidencia o desafio que o estado enfrentará nos próximos anos para recuperar as coberturas vacinais, especialmente destes imunizantes, bem como reverter a percepção e legitimação da sociedade capixaba sobre a seriedade e importância que a imunização significa no pacto social de manutenção da saúde coletiva.

Neste sentido, o estado também trabalhará para o alcance das metas preconizadas para os grupos prioritários em relação a vacina de Influenza (gripe), que em 2022 atingiu somente 71,3% do público prioritário. No estado do Espírito Santo até a semana epidemiológica 52 de 2022 foram registrados 5.232 casos de Síndrome

Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados com o predomínio de evolução para alta (58,5%), sendo que 25,2% (1316) dos casos notificados estão em investigação ou em aberto. A tabela abaixo também evidencia desfechos de óbitos (16,3%) por uma doença que pode ser evitada ou amenizada pela vacinação:

Tabela 17: Caracterização dos casos de SRAG hospitalizadas até a semana epidemiológica 52 de início dos sintomas segundo o desfecho atendidos no estado do Espírito Santo, em 2022.

	2022	
	Casos	%
SRAG óbito acumulado até a SE 52	852	16,3
SRAG alta acumulado até a SE 52	3064	58,5
SRAG em investigação ou em aberto	1316	25,2
Total	5232	100

Fonte: SIVEP GRIPE; Dados extraídos em: 23 de janeiro de 2023

Outro grande desafio é a vacinação contra a COVID-19, que possui um longo esquema de doses e reforços. O quadro abaixo demonstra a situação em 2022:

Tabela 18: Cobertura vacinal total covid-19 monovalente da população acima de 6 meses de idade por tipo de dose, ES, 2022.

Vacina	1ª dose	2ª dose	1º Reforço	2º Reforço
Covid-19	88%	77%	49%	24%

Fonte: Vacina e Confia ES, 2023.

5.4 Estrutura e Organização do Sistema de Saúde

5.4.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde – APS, é a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde do SUS e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. É o centro de comunicação com toda a Rede de serviços de saúde, se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Esses cuidados primários devem ser organizados com eficiência, de forma humanizada e o mais próximo possível da residência dos cidadãos, com capacidade para responder à 85% das necessidades sociais em saúde, sanitárias e assistenciais. Dentre as várias responsabilidades que competem às três esferas de governo, o Estado tem o dever de prestar apoio aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da APS com enfoque na ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família. A SESA vem apoiando os gestores municipais na implementação de seus programas e políticas, presente em 100% dos municípios, na busca da melhoria dos indicadores de qualidade de vida da população e na ampliação do acesso aos serviços de saúde do SUS.

No período de 2013 a 2022, o Espírito Santo registrou um aumento de 51% na ESF, passando de 632 equipes em 2013 para 955 em 2022, elevando a cobertura populacional para 72,3%. Na cobertura de Atenção Primária (ESF + eAP) o percentual cresceu de 70,8% para 77,4% no mesmo período. Dessa forma, em 2022 eram 1.073 equipes atuando na Atenção Primária em Saúde no estado, distribuídas em 964 unidades de saúde, sendo 362 unidades na Região Metropolitana, 357 unidades na Região Sul e 245 unidades na Região Sul.

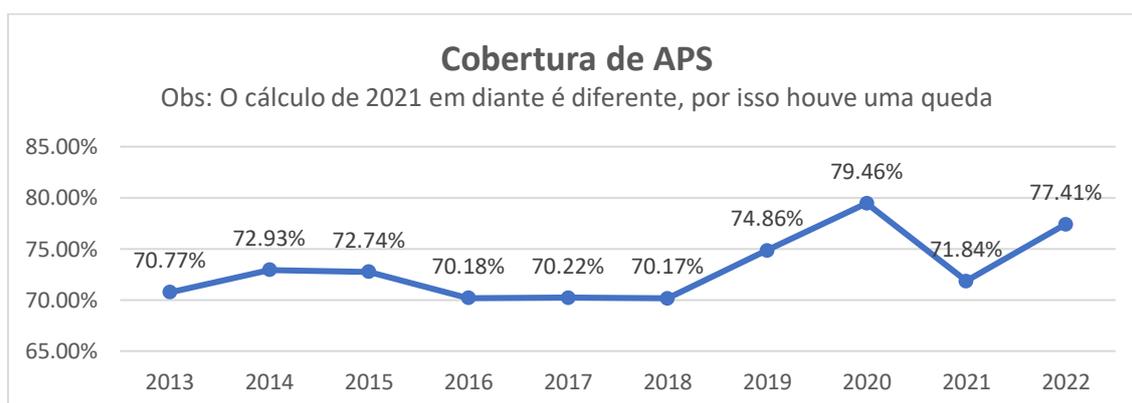
Na série histórica apresentada no gráfico abaixo, observa-se a tendência de alcançarmos 90% de cobertura populacional estimada por ESF até o ano 2027 por meio da implantação de novas equipes. Para tanto, o Estado está desenvolvendo estratégias através do Plano Decenal APS+10, instituído pelo Decreto Nº 5010-R/2021 e do Programa Qualifica APS coordenado pelo ICEPi com objetivo de prover e qualificar profissionais para compor as equipes de ESF nos municípios.

Gráfico 10: Série histórica de equipes de SF Homologadas pelo MS. Período 2013 - 2022.



Fonte: eGestor – janeiro 2023

Gráfico 11: Série histórica de cobertura populacional estimada por equipes de APS. Período 2013 a 2022



Fonte: eGestor – janeiro 2023

O Plano Decenal APS+10 é um instrumento de planejamento a longo prazo constituído por um conjunto de programas vinculados ao primeiro nível de atenção à saúde, com estratégias que orientam a efetivação de um modelo de atenção resolutive e que atenda às necessidades de saúde da população. Entre os componentes do cumprimento do plano está o de infraestrutura da rede de Atenção Primária. Para o primeiro ciclo deste componente, instituído pela Portaria Nº 075-R/2022, os recursos são destinados à construção de 111 novas unidades básicas de saúde - UBS, visando a ampliação da rede física e a expansão da cobertura da APS.

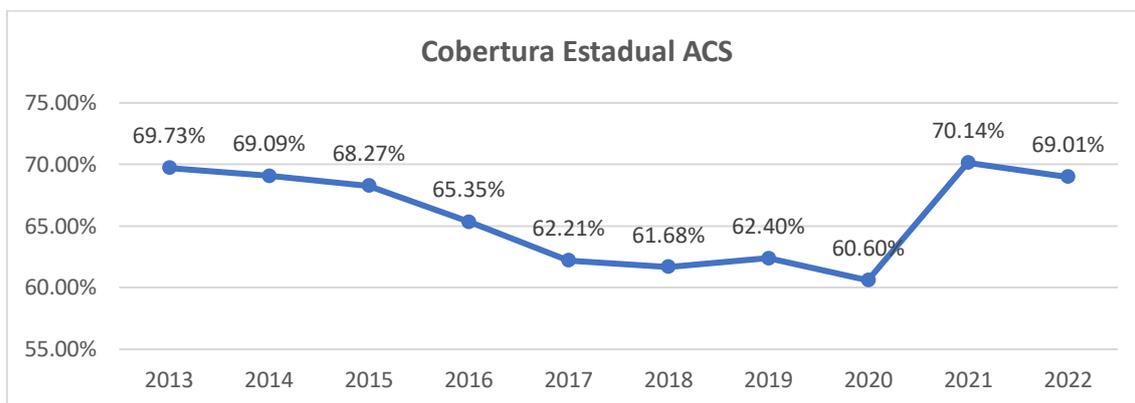
5.4.1.1 Agentes Comunitários de Saúde - ACS

O agente comunitário de saúde (ACS) é o profissional dentro da atenção primária que atua como agente vinculador entre a família e a equipe de saúde, sendo responsável por conhecer a população de sua micro área, orientar as famílias quantos aos serviços disponíveis e desenvolver atividades de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância em saúde.

O número de ACS por equipes é definido conforme base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, recomendando-se até 750 pessoas por ACS em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social.

O gráfico abaixo representa a cobertura populacional estimada por ACS na série histórica de 2013 a 2022. Observa-se uma queda entre os anos de 2014 a 2020. A partir de 2020, com os investimentos do Governo do Estado do Espírito Santo no apoio aos municípios, através do Plano Decenal SUS APS+10, houve um incremento na cobertura das equipes de Estratégia de Saúde da Família, e conseqüentemente na cobertura estadual de ACS, conforme a seguir:

Gráfico 12: Série histórica de cobertura populacional estimada por Agentes Comunitários de Saúde no ES. Período: dezembro 2013 a dezembro 2022.



Fonte: eGestor – janeiro 2023

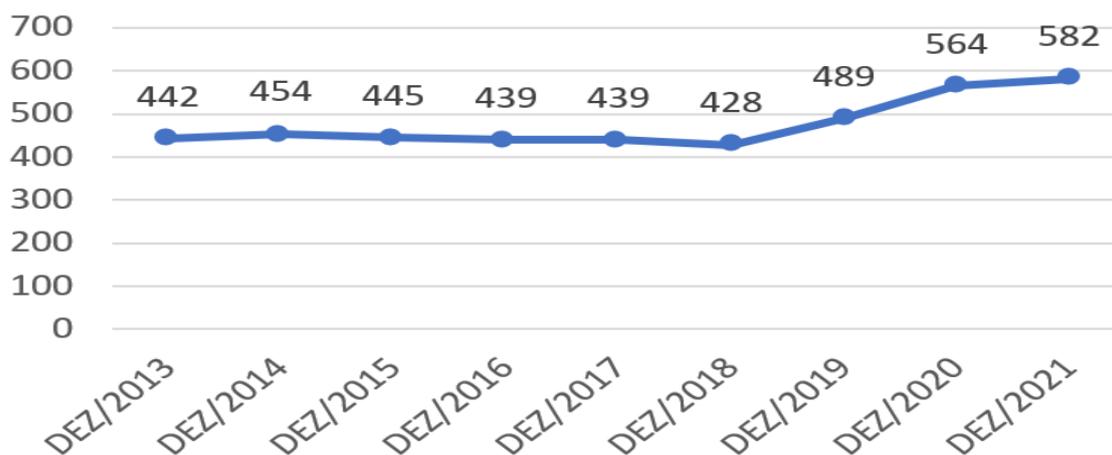
Considerando que o desafio para a APS assumido pela SESA para o próximo quadriênio é a expansão da ESF, a cobertura estadual de ACS tenderá a aumentar na mesma proporção, pois este profissional é peça chave na configuração das equipes de ESF.

5.4.1.2 Saúde Bucal

A saúde bucal tem sido historicamente negligenciada, mas é inegável sua relevância para a saúde das pessoas. Desde 2019 com o programa de provimento do ICEPi se observa um incremento significativo na cobertura populacional e a rede de saúde bucal será objeto de grandes investimentos e esforços para sua consolidação e efetiva expansão em todo território capixaba.

A evolução do número de equipes de saúde bucal, bem como a série histórica da cobertura de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB) e Saúde Bucal na Atenção Básica (SBAB) no estado entre 2013 e 2021(sendo este o último ano disponibilizado pelo MS, através do eGestor), pode ser verificada no gráfico 13.

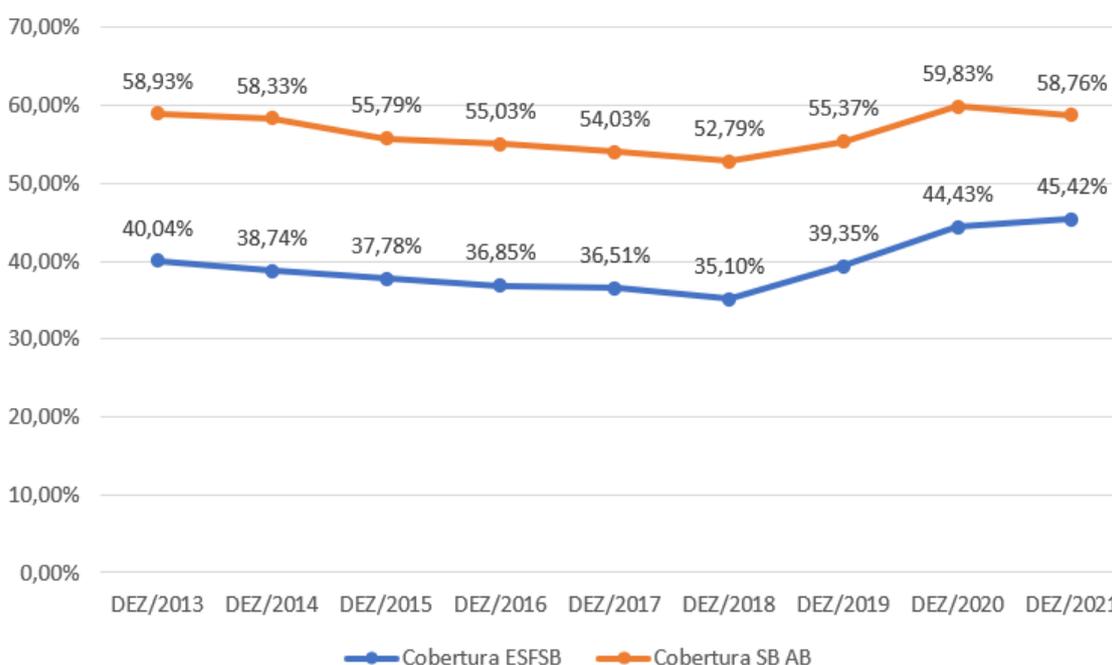
Gráfico 13: Série histórica do número de equipes de Estratégia de Saúde Bucal Homologadas – Período: 2013 a 2021.



Fonte: eGestor – janeiro 2023

Abaixo estão disponíveis os dados referentes à cobertura das equipes de saúde bucal:

Gráfico 14: Série histórica do percentual de cobertura populacional estimada de ESFSB* e SB AB**. 2013 – 2021.



Fonte: eGestor – janeiro 2023

* ESFSB = Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal 40h semanais

**SBAB = Saúde Bucal na Atenção Básica (equipes de 20 ou 30h semanais)

No período de 2013 a 2021 (último ano disponível no eGestor), o Espírito Santo registrou um aumento de 31,7% nas ESFSB, passando de 442 equipes em 2013 para 582 em 2021, elevando a cobertura populacional de 40,0% para 45,4% para 72,3%.

5.4.1.3 Promoção da Equidade

A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS tendo relação direta com os conceitos de igualdade e justiça social. Orientado pelo respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, o princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde. Neste sentido a SESA avança na implementação da Política Estadual da Promoção da Equidade no ES, com objetivo de garantir que as políticas e serviços públicos de saúde tenham olhar diferenciado no acolhimento, atendimento e acompanhamento dos povos tradicionais capixabas e de grupos específicos como: população negra, quilombolas, ciganos, indígenas, pomeranos, pescadores artesanais, comunidades de matriz africana, população do campo e da floresta, moradores em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, adolescentes em conflito com a lei e o público formado por lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, assexuais/arromântica/agênero, pansexual/poliamor, não binário e outras identidades de gênero e sexualidade (LGBTQIAPN+).

5.4.1.4 Consultório na Rua

O Movimento Nacional de População em Situação de Rua contribuiu para avançar e incorporar outras ações, e não olhar somente as questões de álcool e outras drogas, mas sim efetivar um cuidado integral para pessoas vivendo nas ruas. Sendo assim, em 2011, surgiu o Consultório na Rua, incorporado na atenção básica, como uma equipe que faz parte da Política Nacional de Atenção Básica. Atualmente no ES existem equipes de Consultório na Rua (eCR) nos seguintes municípios: Aracruz (início em 2022), Cariacica (início em 2022), Cachoeiro de Itapemirim (início em 2022), Serra (início em

2020), São Mateus (início em 2020), Vila Velha (início em 2014) e Vitória (início em 2012).

A Portaria Nº 1.255/ 2021 estabeleceu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua. Para o próximo quadriênio, está previsto a expansão da adesão dos municípios nesta estratégia, para que sejam enfrentados os desafios relativos à necessidade de prover cuidado e rede de proteção às pessoas que vivem em situação de rua.

5.4.1.5 Pessoas Privadas de Liberdade

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) surgiu da necessidade urgente de promover a inclusão efetiva das pessoas privadas de liberdade de acordo com os princípios do SUS. As Unidades Prisionais estão distribuídas no estado nos seguintes municípios: Aracruz, Barra de São Francisco, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Guarapari, Linhares, Marataízes, São Mateus, São Domingos do Norte, Serra, Viana e Vila Velha. Estas unidades possuem equipes de Atenção Básica por meio de equipes multidisciplinares para atender esta população dentro das próprias unidades prisionais. Os esforços da SESA têm sido no sentido de: manter o Grupo Condutor da PNAISP 070 – R/2023, para monitorar as ações de saúde; garantir as ações de vigilância em saúde e educação permanente com foco nas infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças infecciosas e estabelecer um fluxo para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, conforme as prerrogativas estabelecidas na Resolução CNJ 487/2023.

5.4.1.6 Adolescentes em Conflito com a Lei

A Portaria Nº 1.082/2014 e a Portaria de Consolidação Nº 02/2017, redefiniu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado. Essas portarias

estabelecem novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade em unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, levando sempre em consideração a garantia e ampliação do acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes.

Considerando a competência de dezembro de 2022, o estado tem 579 adolescentes privados de liberdade distribuídos nas unidades socioeducativas nas 3 regiões de saúde: Sul (92 adolescentes); Central Norte (138 adolescentes) e Metropolitana (349 adolescentes). As Unidades Socioeducativas em que estão estes adolescentes são de regime fechado nos municípios de Vila Velha, Serra, Cariacica, Cachoeiro de Itapemirim e Linhares. A proposta para o próximo quadriênio é que os municípios elegíveis avancem para atingir a implantação da PNAISARI, com recebimento do incentivo federal correspondente à essa política.

5.4.1.7 População Indígena

A Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS) promove a atenção primária à saúde à população indígena. No ES, é a gestora de cinco Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) com 100% de cobertura assistencial à população indígena aldeada no município de Aracruz, dentre elas: UBS Indígena de Boa Esperança, UBS Indígena de Caieiras Velha, UBS Indígena de Comboios, UBS Indígena de Irajá e UBS Indígena de Pau Brasil, conforme SCNES, na competência de novembro/2022. Cabe ao município e à SESA a complementaridade da APS, vigilância em saúde, promoção em saúde, atenção especializada de média e alta complexidade no âmbito do SUS.

5.4.1.8 Saúde da população LGBTQIAPN+

Em 2021, a SESA instituiu a Câmara Técnica de Saúde Integral da População de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, assexuais/arromântica/agênero, pansexual/poliamor, não binário e outras identidades de gênero e sexualidade, tendo por finalidade, dentre outras, implementar a Política de Saúde Integral da População LGBTI+, na Rede de Atenção e Vigilância em Saúde – RAVS.

5.4.1.9 Previne Brasil

Em 2019, por meio da Portaria Nº 2.979, foi instituído o Previne Brasil, novo modelo de financiamento, modificando as formas de repasse das transferências para os municípios, que passaram a ser distribuídas com base em quatro critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional. O princípio deste financiamento é a estruturação de um modelo focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e fortalecimento do vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem por meio do monitoramento de indicadores que traduzem algumas agendas prioritárias para a Atenção Primária.

As equipes municipais monitoram estes indicadores e ofertam ações de continuidade dos cuidados necessários previstos para atingir as metas estabelecidas pelo programa. A tabela a seguir demonstra o percentual alcançado pelo Estado nos três quadrimestres de 2022 por indicador, em comparação ao percentual atingido pelo Brasil nos mesmos quadrimestres de 2022.

Tabela 19: Indicadores do Previne Brasil com resultado dos 3 (três) quadrimestres (Q1, Q2 e Q3), no Espírito Santo e no Brasil conforme parâmetro – Período: 2022

Indicadores Previne Brasil	Parâmetro	ES			Brasil		
		Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
Pré-Natal (6 consultas)	=> 45%	36%	38%	38%	40%	42%	44%
Pré-Natal (Sífilis e HIV)	=> 60%	59%	63%	60%	57%	62%	62%
Gestantes Saúde Bucal	=> 60%	43%	48%	50%	44%	51%	53%
Cobertura Citopatológico	=> 40%	20%	23%	25%	17%	19%	21%
Cobertura Pólio e Penta	=> 95%	62%	63%	69%	63%	65%	68%
Hipertensão (PA aferida)	=> 50%	20%	26%	28%	18%	24%	27%
Diabetes (Hemoglobina Glicada)	=> 50%	16%	22%	23%	13%	19%	22%

Fonte: eGestor AB – janeiro, 2023

A SESA, em parceria com o COSEMS-ES, vem conduzindo uma agenda de monitoramento dos referidos indicadores no intuito de fortalecer o conjunto de ações que potencializarão os resultados assistenciais esperados, bem como a consolidação da captação dos recursos, conforme preconiza o novo modelo de financiamento.

5.5 Promoção da Saúde

A promoção da saúde é um desafio cotidiano que se insere em diversas políticas públicas, visto que diversos aspectos estão envolvidos no processo de produção de saúde e qualidade de vida de uma população bem como nos padrões de adoecimento de uma sociedade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria Nº 2.446/2014 ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, ampliando assim, as possibilidades das políticas públicas existentes. Para se operar a política de saúde, incluindo a de promoção da saúde, é necessária a consolidação de práticas voltadas para garantir o cuidado integral de indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, que considere as necessidades em saúde da população, com ação articulada entre os diversos atores no território. Essa política é transversal nas redes temáticas, em todos os níveis de atenção à saúde, a saber, atenção primária, secundária e terciária, operando ações em parceria com outras políticas e programas de saúde (Programa Saúde na Escola, ações de comunicação em saúde, Educação em Saúde e Educação Popular, vigilância e prevenção de doenças e agravos) e também favorecendo articulação com outros setores: meio ambiente, educação, segurança pública, planejamento e mobilidade urbana, esportes, agricultura, etc.

5.5.1 Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE é uma estratégia de integração entre a saúde e a educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras,

instituído pelo Decreto Presidencial Nº 6.286/2007. No ES, observa-se aumento progressivo da adesão dos municípios ao PSE principalmente no período de 2019 a 2023, além das escolas e educandos pactuados. No atual ciclo de adesões 2023/2024, estendido até o final de fevereiro, o ES alcançou 100% de adesão ao programa pelos municípios. O desafio que se instaura é de fortalecer as ações previstas no escopo das intervenções do programa que respondam aos desafios verificados quando nossa população alvo são crianças, jovens e adultos da educação pública, considerando que a saúde e a educação estão intimamente relacionadas e que a promoção da saúde nas escolas pode ter um impacto positivo no bem-estar e na vida da comunidade escolar.

5.5.2 Práticas Integrativas e Complementares (PICS)

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos institucionalizados no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), desde 2006. Essas práticas são vinculadas às Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, com o propósito de incentivar — individual e/ou coletivamente — mecanismos naturais para prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006a). Atualmente existem 29 práticas regulamentadas no SUS, são elas: Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e da Fitoterapia; Medicina Antroposófica, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de florais (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

O Espírito Santo dispõe de Política Estadual em PICS desde 2013 (ESPÍRITO SANTO, 2013). Na oferta assistencial estadual, os serviços em PICS concentram-se no Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares no Núcleo Regional de Especialidades de Vitória/SRSV. Esse centro realiza atividades assistenciais em

homeopatia, acupuntura, hipnoterapia, e habilitação dos usuários na prática de do-In e meditação (ESPÍRITO SANTO, 2021). No que se refere a oferta em formação de profissional em PICS, o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPI) dispõe de residência médica em acupuntura e homeopatia (ESPÍRITO SANTO, 2020).

O desenvolvimento das PICS no estado do Espírito Santo é ainda incipiente e defronta-se com repercussões da falta de informação, tais como: o apoio institucional e a estrutura física e humana. Nessa perspectiva, a disseminação de informação acerca das PICS constitui uma etapa impreterível para seu progresso, o que implica em estimular o interesse da sociedade acerca das PICS e envolvê-la, continuamente, em seus focos de interesse configurados em gestores, profissionais da saúde e usuários (BERNARDI et al, 2023).

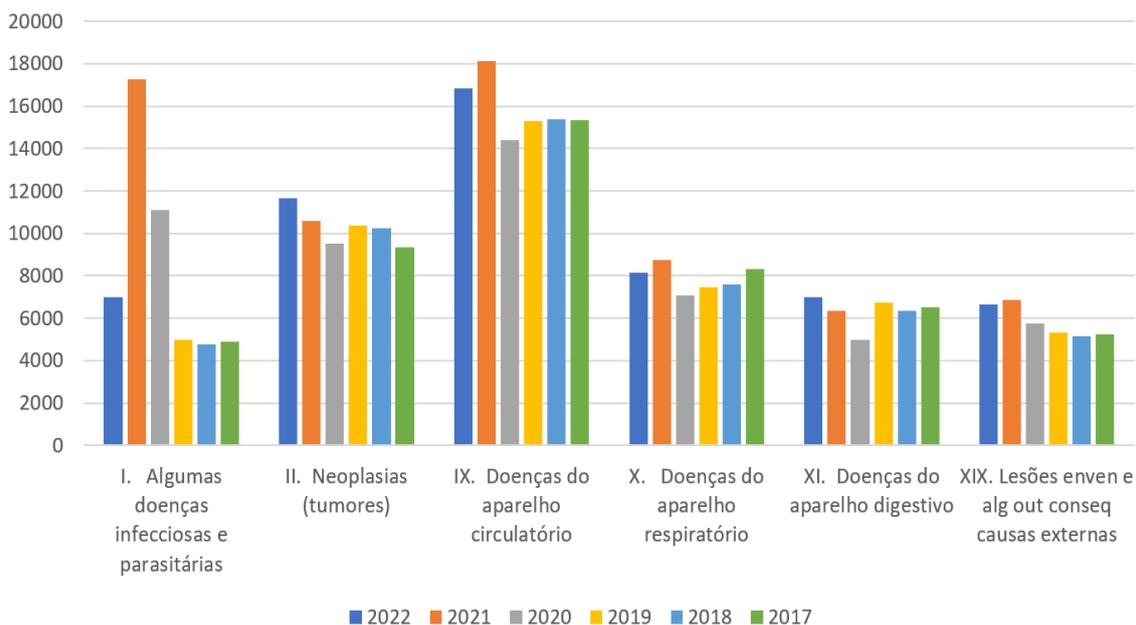
5.5.3 Saúde do Idoso

No Brasil, a definição de pessoa idosa pelo Estatuto do Idoso e para as políticas brasileiras relacionadas ao envelhecimento é a pessoa com 60 anos ou mais. O Espírito Santo possui 3.833.486 pessoas (IBGE 2022), estimando uma população de 429.350 idosos (11,2%), sendo que os idosos com 80 anos ou mais correspondem a 2% da população capixaba.

O perfil epidemiológico da população idosa apresenta maior prevalência de doenças crônicas degenerativas múltiplas e suas relações com as alterações que ocorrem com o envelhecimento fisiológico, o estilo de vida, entre outras variáveis, determinam a heterogeneidade desta população, ainda que com as mesmas doenças e mesmas idades. O que distingue uma pessoa idosa saudável, portanto, não é idade, nem doença(s), e sim sua capacidade funcional.

O gráfico a seguir apresenta as internações pelos seis principais grupos de causas, para a população de 60 anos e mais no período de 2017 a 2022 no ES.

Gráfico 15: Internações pelos seis principais grupos de causas, para a população de 60 anos e mais. Espírito Santo – Período: 2017 a 2022*.



Fonte: SIH/TABNET/DATASUS. Dados até novembro de 2022.

Estas condições resultam na crescente demanda por cuidados de longa duração, necessariamente com assistência multiprofissional. O Estado trabalha na implementação da avaliação multidimensional do idoso, que ajudará no diagnóstico diferenciado e precoce das fragilidades e outras condições clínicas na pessoa idosa, que podem ser abordadas inicialmente na Atenção Primária, integrando com os demais níveis de atenção, conforme necessidade assistencial identificada.

5.6 REDE ASSISTENCIAL

Hoje a SESA dispõe de uma rede assistencial composta pelos seguintes pontos de atenção:

04 Centros Regionais de Especialidade: Centro Regional de Especialidade de Vitória, Centro Regional de Especialidade de Colatina, Centro Regional de Especialidade de São Mateus e Centro Regional de Especialidade de Cachoeiro Itapemirim;

04 Unidades da Rede Cuidar: Unidade Cuidar de Santa Teresa, Unidade Cuidar de Linhares, Unidade Cuidar de Nova Venécia e Unidade Cuidar de Guaçuí/Micro Polo;

16 Hospitais da Rede Própria

Região Central Norte: Hospital Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS); Hospital Estadual Dr. Alceu Melgaço Filho (HDAMF); Hospital e Maternidades Silvio Ávidos (HMSA); Hospital João dos Santos Neves (HJSN).

Região Metropolitana: Hospital Estadual Dr. Dório Silva (HDDS); Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG); Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV); Hospital Pedro Fontes (HPF); Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC); Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA); Hospital Estadual Jayme dos Santos Neves (HEJSN); Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE) e Hospital Estadual Central (HEC).

Região Sul: Hospital São José do Calçado (HSJC); Unidade Integrada de Jeronimo Monteiro (UIJM) e Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC)

1 Hospital - Fundação iNOVA Capixaba na Região Metropolitana: Hospital Estadual Antônio Bezerra de Farias (HABF).

18 Hospitais Filantrópicos contratualizados em todo o estado:

Região Central Norte: Hospital Rio Doce (HRD) e Hospital e Maternidade São Mateus (HMSM).

Região Metropolitana: Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV); Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV) e Hospital Santa Rita de Cássia – Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC/AFECC); Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo (AFPES); Hospital Madre Regina Protmann (HMRP); Hospital Padre Máximo (HPM); Hospital Evangélico de Santa Leopoldina (HESL); Maternidade Municipal de Cariacica (MMC); Maternidade PROMATRE e Hospital Infantil de Guarapari (HIFA Guarapari).

Região Sul: Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI); Hospital Evangélico Litoral Sul (HELS); Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí (SCMG); Santa Casa de Iúna (SCI); Hospital Infantil de Cachoeiro de Itapemirim (HIFACI) e Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim.

01 Hospital Federal contratualizado: Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM);

01 Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES);

01 Centro Estadual de Hemoterapia e Hematologia (HEMOES) com 03 Centros de Hemoterapia Regionais: Hemonúcleo de Cachoeiro de Itapemirim; Colatina e São Mateus.

A SESA adota regularmente a publicação de editais de credenciamento para suplementar a oferta de serviços não disponíveis na rede própria e contratualizada

5.6.1 Atenção Ambulatorial Especializada

A estruturação da Atenção Ambulatorial Especializada – AAE é um desafio na construção do Sistema Único de Saúde. A equidade no acesso e a máxima proximidade do cuidado especializado ao território dos usuários devem ser organizados através do relacionamento personalizado e uma boa articulação entre as equipes de saúde da família e os especialistas em seus respectivos ambulatórios.

O Ministério da Saúde (MS) instituiu, recentemente, uma nova estratégia com vistas a incrementar os atendimentos de médicos especialistas vinculados a APS, a saber, as equipes e-Multi, que são equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às equipes APS. O atendimento multiprofissional vem para apoiar a capilaridade da atenção primária, reforçando seu potencial para solucionar a maioria dos problemas de saúde

da população, com impacto positivo no tempo de espera para acesso a Atenção Especializada.

Pode-se considerar também que a ampliação da principal porta de entrada do SUS, a APS, repercute diretamente no aumento de determinados serviços e procedimentos, como os de patologia clínica, radiodiagnóstico, ultrassonografias, endoscopias digestivas e mamografias, que compõem protocolos e rotinas largamente solicitados nos atendimentos da APS, além de induzir a expansão das consultas médicas especializadas, principal suporte especializado a esse nível de atenção.

Nota-se que o diagnóstico recorrente, muitas vezes baseado em ideias de senso comum, é que a AAE é um gargalo no SUS pela insuficiência de oferta, situação comumente denominada como “vazios assistenciais da média complexidade ambulatorial” e que a solução seria somente o aumento da oferta. Ainda que não se possa negar que há déficit de oferta em algumas especialidades, uma parte do problema reside nos “vazios regulatórios”, onde não são adotados protocolos com critérios baseados em evidências científicas que justifiquem a solicitação do apoio da Atenção Especializada e processos regulatórios baseados em protocolos e boa gestão da clínica. Um aprofundamento do diagnóstico vai mostrar que muitos problemas que se manifestam sob a forma de vazios assistenciais podem ser solucionados por meio de novas formas de organização das relações entre a APS e a AAE, sem necessariamente, aumentar a oferta de serviços ambulatoriais secundários.

Nesse próximo ciclo de planejamento, a SESA trabalhará a organização dos processos da Atenção Ambulatorial Especializada pautada nas seguintes diretrizes: organização do acesso por meio de sistema informatizado robusto; integração entre APS e AAE no manejo clínico; organização da política estadual de Telessaúde; monitoramento e supervisão da oferta disponibilizada; regionalização da AAE por meio da implantação de 8 micro polos regionais e perfilização da AAE.

5.6.1.1 Regionalização da AAE por meio da implantação de Micro Polos Regionais

A implantação dos Micro Polos Regionais no Estado do Espírito Santo define a inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde no que concerne à atenção ambulatorial especializada na qual o Polo está inserido. O objetivo é facilitar o acesso do cidadão às consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais e com isso, diminuir o tempo de espera e a proximidade da assistência no local de residência do usuário reduzindo o agravamento do absenteísmo no SUS. O modelo permite que os profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde estabeleçam contato direto com os profissionais de referências especialistas de diversas Unidades de Saúde. Com isso, o manejo clínico do paciente será definido através da construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas. A figura abaixo ilustra essa concepção:

Figura 8: Micro polos regionais no ES.



Fonte: GAAE/SSAS/SESA

5.6.1.2 Perfilização Ambulatorial

A perfilização ambulatorial da atenção especializada objetiva constituir uma matriz da linha de cuidados e formas de acessos, garantindo a integralidade, a ampliação do acesso com o enfoque na oferta e necessidade vinculada a um determinado território. O instrumento oriundo dessa perfilização será o norteador das ações estaduais de saúde no processo regulatório e o orientador dos pontos de atenção dos componentes da Redes de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS). Será ferramenta viva de territorialização constituída através de pactos, negociações e perspectiva de uma rede ambulatorial que oferta à população capixaba a integralidade do cuidado conforme necessidade assistenciais e epidemiológica de cada região.

A assistência ambulatorial especializada agravou-se com as medidas de contenção exigidas pela pandemia da COVID-19 no período entre 2020 e 2022. Em dezembro/2022, apontam estimativa de que em torno de 409.000 (quatrocentos e nove mil) pacientes aguardavam consulta médica especializada presencial. As medidas adotadas pela SESA e a constatação da demanda reprimida evidenciam que a oferta de atendimentos existentes, a regulação e a organização atual não são suficientes para atender às necessidades.

5.6.2 Atenção Hospitalar

A rede de serviços do SUS-ES é formada, por 118 unidades hospitalares, integrando as Redes de Atenção à Saúde. São 19 hospitais estaduais, 42 filantrópicos, 17 municipais, 39 privados e 01 federal. Com a seguinte distribuição por região de saúde: 29 unidades na Região Central Norte, 62 na Região Metropolitana e 27 na Região Sul, como exposto em tabela e imagem a seguir:

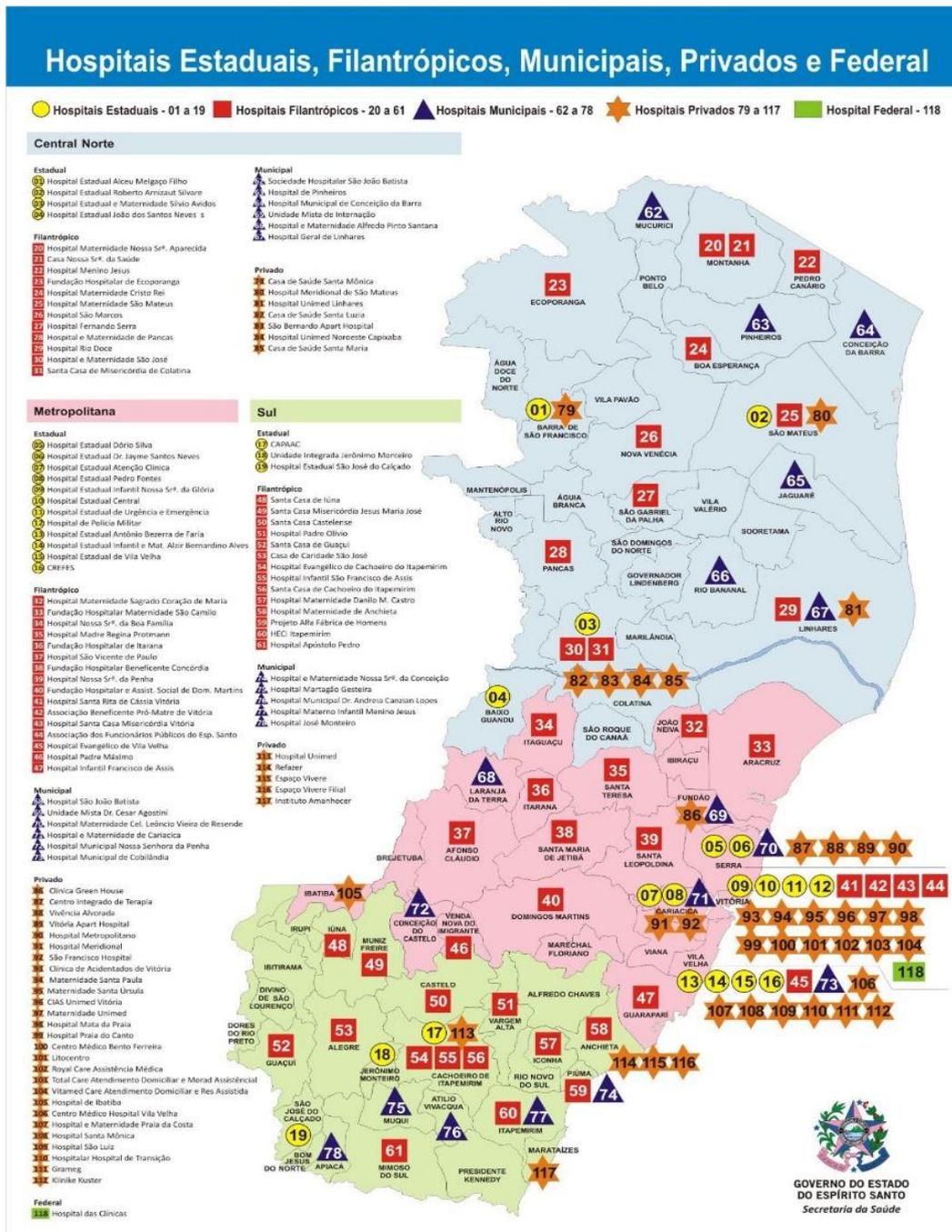
Tabela 20: Distribuição das unidades hospitalares no Estado por natureza jurídica

Natureza da unidade hospitalar	Região de Saúde			Total
	Central Norte	Metropolitana	Sul	
Estadual	4	12	3	19
Filantrópicos	12	16	14	42

Municipais	6	6	5	17
Privado	7	27	5	39
Federal	-	1	-	1
Total	29	62	27	118

Fonte: Dados do mapa dos hospitais estaduais, filantrópicos, municipais, privados e Federal.

Figura 9: Mapa de Hospitais Estaduais, Filantrópicos, Municipais, Privados e Federal



Fonte: SESA (2023)

Há uma oferta de 10.238 leitos de internação hospitalar no Estado, o que equivale 2,67 leitos por mil habitantes, taxa superior à média nacional de 2,3 leitos por mil habitantes, segundo DIEESE/2020. A Região Central Norte conta com 2.211 leitos, já na Região Metropolitana 6.056 leitos e na Região Sul 1.971 leitos. Nas tabelas abaixo, são estratificados os leitos por tipo, por região e por vinculação ao SUS, além do número de leitos por 1.000 habitantes por região.

Tabela 21: Quantidade de leitos hospitalares SUS e não SUS por tipo e especialidade

	Existentes	SUS	NAO SUS
Leitos Cirúrgicos	2394	1636	758
Leitos Clínicos	3578	2333	1245
Leitos Obstétricos	886	705	181
Leitos Pediátricos	751	610	141
Outras especialidades	672	222	450
Hospital Dia	150	76	74
Leitos complementares - UTI	1847	1024	823
TOTAL	10278	6606	3672
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO	5972	3969	2003
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	8431	5582	2849

Fonte: Dados CNES, acesso em 03 de julho de 2023:

<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=32>

Tabela 22: Quantidade de leitos hospitalares por região e percentual de leitos por 1.000 mil habitantes

Região	Nº leitos SUS	Nº leitos não SUS	Total de leitos	Número de leitos por 1.000 hab.
Central Norte	1521	603	2211	2,47
Metropolitana	3665	2391	6056	2,65
Sul	1296	658	1971	3,00
Total geral	6.482	3.652	10.238	2,67

Fonte: Dados CNES e IBGE, acesso em 05 de julho de 2023:

<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=32><<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>>

Um dos desafios para os próximos quatro anos é garantir a eficiência no uso do leito hospitalar, que precisará contemplar diversas ações, incluindo o monitoramento intensivo de indicadores de desempenho hospitalar e expansão dos programas de residências médicas, uniprofissionais e multiprofissionais nos hospitais e áreas estratégicas definidas pela SESA.

5.6.3 Implantação do Telessaúde

Diante da necessidade de se evitar uma busca em massa pelos serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19, os serviços de telessaúde tornaram-se uma estratégia de cuidado possibilitando que os usuários do SUS tivessem informação qualificada e em tempo oportuno de como proceder em nível individual através do atendimento remoto. Diante disso, o Ministério da Saúde autorizou a utilização dos serviços de teleconsulta para os atendimentos pré-clínico, assistencial, consultas, monitoramentos e diagnósticos, tendo inclusive utilizado desta modalidade para acompanhar a evolução de pessoas com suspeita e com confirmação da referida doença. A Portaria Nº 171-R/2022 dispõe sobre as ações e serviços e define em seu artigo primeiro a prática da telessaúde de cuidados integrados no SUS/ES, estabelecendo diretrizes para a sua implementação. As ações e serviços de Telessaúde propõe três novas funções para a AAE, a saber: a interconsulta (síncronas e assíncronas), educação permanente (capacitação integrada à organização da regulação) e a supervisão da carteira de serviços disponibilizados na rede ambulatorial. Obtém-se com esta prática a descentralização do modelo da AAE exclusivo na consulta médica presencial a partir da disponibilidade das ferramentas de telemedicina, consultas compartilhadas, emissão de opinião formativa, dentre outros.

5.6.4 Assistência Farmacêutica

As diretrizes das políticas de medicamento (PNM) e de assistência farmacêutica (PNAF) orientam a elaboração das políticas de assistência farmacêutica nas três esferas de

gestão. A assistência farmacêutica está inserida nas políticas de saúde por meio da Lei Orgânica de Saúde, que em seu artigo 6º inclui a assistência farmacêutica como direito. Nesse sentido se insere como área estratégica visto que se integra de forma transversal em todas as áreas para a prevenção e tratamento dos agravos.

A oferta de medicamentos no SUS é organizada em três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Os medicamentos hospitalares não estão inseridos nos componentes definidos pelo MS devido sua especificidade, porém estão referenciados pela GEAF nos processos de aquisição, através de atas de registro de preços, de forma articulada com a assistência farmacêutica hospitalar.

Os medicamentos do componente básico (CBAF) são adquiridos e dispensados pelos municípios e seu financiamento é tripartite. No ano de 2013 a SESA incrementou o aporte de recurso para os municípios. A revisão de aumento do recurso a ser disponibilizado por cada instância de governo é realizada sob coordenação do Ministério da Saúde (MS). Os medicamentos do componente estratégico (CESAF) são adquiridos pelo MS para recebimento e distribuição pelos estados aos municípios onde ocorre a assistência aos pacientes e a dispensação de medicamentos.

Os medicamentos disponíveis nas Farmácias Cidadãs Estaduais pertencem ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) que consiste em uma estratégia de acesso caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas e publicadas pelo MS e o elenco distribuído nos grupos 1 e 2 de responsabilidade do MS e dos estados e 3, dos municípios.

O estado disponibiliza, além dos medicamentos contemplados nos Protocolos do MS, uma lista estadual complementar composta por medicamentos de uso ambulatorial

adquiridos através de recursos próprios e dispensados pelas Farmácias Cidadãs Estaduais. Os medicamentos desta lista de uso hospitalar são dispensados somente para os pacientes internados nos hospitais da Rede Hospitalar Estadual. Além dos medicamentos também são disponibilizados um conjunto de fórmulas nutricionais padronizadas.

Atualmente são disponibilizados 613 itens na assistência farmacêutica estadual incluindo medicamentos do componente especializado, estratégico, lista estadual complementar e fórmulas nutricionais e insumos. Desse montante, 320 itens compõem o componente especializado e são dispensados nas farmácias cidadãs. De acordo com o financiamento e responsabilidade de aquisição, esses medicamentos são divididos em grupos, sendo grupo 1 A, de responsabilidade exclusiva do MS, grupo 1B, aquisição pelos estados e ressarcimento pelo MS e grupo 2, de responsabilidade exclusiva dos estados.

A gestão de custos da assistência farmacêutica estadual é de alta complexidade visto que concentra o montante de mais de 300 milhões de reais por ano. No ano de 2022 foram investidos R\$ 350 milhões quando somados os recursos do MS e do tesouro estadual. O recurso estadual total gasto com medicamento, fórmulas nutricionais e insumos, conforme saídas dos produtos para as farmácias, foi de aproximadamente R\$ 150 milhões.

O acesso da população aos medicamentos do CEAF ocorre nas 14 unidades de farmácias cidadãs estaduais, sendo 04 farmácias de grande porte (que atendem em média 550 pacientes/dia), 05 de médio porte (que atendem em média 300 pacientes/dia) e 05 farmácias de pequeno porte (que atendem em média 200 pacientes/dia). Os usuários atendidos nas farmácias cidadãs são oriundos dos serviços do SUS e também do setor privado.

Em 2022, as farmácias cidadãs somaram mais de 119 mil pacientes atendidos em suas unidades com o índice médio de cobertura dos itens padronizados de 96%.

Tabela 23: Panorama das Farmácias Cidadãs no ES

Farmácia Cidadã	Município	Processos Ativos	Porte
Farmácia Cidadã de Vila Velha	Vila Velha	15.930	grande
Farmácia Cidadã de Cariacica	Cariacica	13.908	grande
Farmácia Cidadã de Vitória	Vitória	11.503	grande
Farmácia Cidadã de Serra	Serra	11.203	grande
Farmácia Cidadã de Colatina	Colatina	8.844	médio
Farmácia Cidadã de Cachoeiro de Itapemirim	Cachoeiro de Itapemirim	6.667	médio
Farmácia Cidadã de Linhares	Linhares	5.948	médio
Farmácia Cidadã de São Mateus	São Mateus	5.653	médio
Farmácia Cidadã de Nova Venécia	Nova Venécia	5.482	médio
Farmácia Cidadã de Aracruz	Aracruz	4.495	pequeno
Farmácia Cidadã de Itapemirim	Itapemirim	3.695	pequeno
Farmácia Cidadã de Venda Nova do Imigrante	Venda Nova do Imigrante	3.525	pequeno
Farmácia Cidadã de Guaçuí	Guaçuí	3.248	pequeno
Farmácia Cidadã de Castelo	Castelo	1.255	pequeno

Fonte: GEAF/SSAS/SESA

Alguns desafios se colocam para a Assistência Farmacêutica no ES dentre os quais podemos ressaltar a qualificação da prescrição médica subordinando-a as evidências científicas e protocolos estabelecidos, e o enfrentamento à crescente judicialização. No ano de 2022, aproximadamente 39% dos gastos com medicamentos foram oriundos de demandas judiciais, o que correspondeu a R\$ 58 milhões de reais.

A questão da logística também se coloca como desafio para a humanização/redução das filas de atendimento e eventuais desabastecimentos. Sua qualificação envolve a

disponibilização de estrutura física adequada para armazenamento/distribuição de medicamentos, bem como sistemas mais eficientes que contemplem as fases de aquisição/distribuição/dispensação, além da gestão de indicadores. Somado a esses fatores impõe-se a necessidade de disponibilização de soluções tecnológicas e canais de comunicação que propiciem o acesso à informação e serviços de forma assertiva e ágil aos usuários das Farmácias Cidadãs Estaduais. Nesse sentido, está em curso um projeto de Parceria Público Privada (PPP) para instalação de uma central de abastecimento farmacêutico (CAF) e a logística para sua distribuição para todo o estado.

Além dos desafios já elencados, são perspectivas futuras para o incremento e qualificação da política de assistência farmacêutica os seguintes pontos: instalação de sistema informatizado integrado que contemple: gestão de estoque, aquisição de medicamentos, abertura e tramitação de processos de usuários, dispensação de medicamentos e fórmulas nutricionais, agendamento on-line e acompanhamento de processos pelos usuários; incremento do número de servidores para ampliar e qualificar a capacidade de atendimento nas farmácias, expandindo o horário de funcionamento das farmácias de grande porte das 7 às 19h; implantar centros de administração de medicamentos nas regiões do estado para melhor acesso dos usuários e otimização de doses e de custos dos tratamentos, bem como diminuir perdas por transporte inadequado de medicamentos termolábeis; implantar o centro estadual de referência para realização de teste provocativo oral (TPO) para fórmula nutricional; implantação do serviço de cuidado farmacêutico para seguimento farmacoterapêutico, visando melhor desfecho e melhor aplicabilidade dos recursos do tesouro estadual e disponibilização de ações e serviços de telessaúde nas farmácias cidadãs.

5.6.5 Hemorrede

A Hemorrede Pública do Estado é composta por diversas unidades estrategicamente distribuídas para atender às necessidades hemoterápicas da população. Essa rede, subordinada ao gestor estadual do SUS, inclui o Hemocentro Coordenador localizado em

Vitória, três Hemocentros Regionais (Linhares, Colatina e São Mateus), uma Unidade de Coleta na Serra (Hospital Dr. Dório Silva) e ainda, um ônibus adaptado como Unidade de Coleta Móvel.

Dentro da estrutura organizacional da SESA, encontra-se o Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo – HEMOES e suas unidades. Criado por meio do Decreto Nº 4.383-N/1998, o HEMOES enquanto Hemocentro Coordenador, desempenha um papel central como entidade pública de referência na área de hemoterapia e hematologia. Ele tem como objetivo principal prestar assistência e apoio hemoterápico e hematológico à rede de serviços de saúde do Estado. Ademais, também oferece suporte técnico à SESA na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados, desempenhando um papel fundamental na definição de diretrizes relacionadas a esse tema no estado.

O HEMOES e suas unidades realizam outras ações e atividades de destaque, a saber:

- Assistência e apoio hemoterápico à rede de serviços de saúde adstritos (captação, pré-triagem, triagem clínica, exames laboratoriais do doador e do receptor, coleta, identificação, processamento, estocagem, transporte e distribuição de hemocomponentes, procedimentos hemoterápicos especiais, como aféreses e doações autólogas, cadastro e coleta de amostras de sangue de candidatos à doação de medula óssea, proteção e orientação do doador inapto);
- Assistência e apoio hematológico à rede de serviços de saúde: ambulatório de hematologia com programas de coagulopatias (doenças hemorrágicas, trombozes venosas e arteriais), hemoglobinopatias (anemia falciforme, talassemias) anemias carenciais e aplásticas, atenção multidisciplinar (médicos hematologistas, fisioterapeuta, assistente social, dentista, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e equipe de enfermagem, serviço de farmácia (dispensação de medicamentos pró-coagulantes), ambulatório transfusional com orientação e transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, sangria terapêutica, administração de medicamentos pró-coagulantes e comitê

transfusional;

- Serviços de formação de recursos humanos, ensino e pesquisa: capacitação para formação de médico responsável técnico de serviço de hemoterapia; capacitação em hemoterapia para a hemorrede estadual; treinamento teórico e prático sobre o ato transfusional; treinamento teórico e prático em imunohematologia; treinamento para transporte de hemocomponentes e hemoderivados; estágio curricular nos laboratórios de sorologia, de fracionamento, de hematologia, de hemostasia, farmácia e odontologia; visitas técnicas de estudantes; pesquisa clínica (linhas de pesquisa: doação de sangue; preparo de hemocomponentes e controle de qualidade; imunohematologia; medicina transfusional; coagulopatias; hemoglobinopatias);
- Central de exames laboratoriais de doadores, receptores e pacientes: laboratório de sorologia e de imunohematologia para exames de doadores e de receptores; laboratório de hematologia para exames de doadores e de pacientes do ambulatório de hematologia; laboratório de hemostasia (serviço de referência para investigação laboratorial de doenças hemorrágicas e trombóticas); Laboratório de Controle de Qualidade de Hemocomponentes. Esses laboratórios prestam serviços para a Hemorrede pública Estadual e rede de serviços de saúde adstritos;
- Apoio técnico à SESA na formulação da Política Estadual de Sangue e Hemoderivados por intermédio da Câmara de Assessoramento Técnico da Hemorrede Estadual, criada pela Portaria no 219-S/2021.

No âmbito da SESA a importância estratégica das ações e atividades de assistência e apoio hemoterápico à rede de serviços de saúde adstritos é evidente. Essas atividades são exclusivamente realizadas pelos serviços da Hemorrede Pública Estadual e são essenciais para garantir o funcionamento de outros processos de assistência à saúde como atendimento de urgência e emergência, unidades de terapia intensiva, cirurgias gerais e serviços de alta demanda transfusional, como cirurgia cardíaca, oncologia e hemoglobinopatias. Nesse sentido, em 2022, a

Hemorrede Pública Estadual desempenhou um papel fundamental ao fornecer cobertura transfusional para 3.745 leitos em 30 hospitais do Estado, sendo que 20 desses hospitais (2.436 leitos) foram atendidos pelo Hemocentro Coordenador.

Desde 2019, o Hemocentro Coordenador adotou o indicador estratégico de desempenho TCH (taxa de solicitações de concentrados de hemácias atendidas) para monitorar o atendimento à demanda transfusional e assegurar o suprimento adequado de hemocomponentes. No entanto, uma análise crítica desse indicador revela que o resultado obtido em 2022 (78,3%) ficou abaixo da meta estabelecida (85%), sendo adotadas medidas corretivas e estratégias para alcançar resultados mais próximos da meta, tais como: reestruturação do setor de captação e coleta externa, criação do website <https://hemoes.es.gov.br/>, sistematização de atendimento prioritário de doadores, gestão do perfil transfusional de hospitais com alta demanda.

O desempenho foi especialmente prejudicado pela taxa de atendimento às solicitações de concentrados de hemácias Rh negativos, que registrou apenas 47%. Por outro lado, a taxa de atendimento às solicitações de concentrados de hemácias Rh positivos apresentou um resultado satisfatório de 87%. Esses dados indicam a necessidade de aprimorar o atendimento às solicitações de concentrados de hemácias Rh negativos, visando elevar a taxa de atendimento e, assim, melhorar o desempenho geral do atendimento à demanda transfusional do componente hemácias.

Assim, como parte das medidas para assegurar o fornecimento adequado de hemocomponentes aos 20 hospitais da região metropolitana que são atendidos pelo Hemocentro Coordenador, será implementado o indicador THN (Taxa de solicitações de concentrados de hemácias Rh Negativo atendidas) no período de 2024 a 2027, passando dos atuais 47% para 65% até 2027.

5.6.6 Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública

O Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (Lacen/ES) completou 56 anos de existência em 2023. Realiza 161 tipos de análises sendo 42% delas credenciadas no Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro). Em quatro anos desde a primeira avaliação, houve um aumento de 157% no número de ensaios acreditados. Esse processo de credenciamento é o reconhecimento formal de que o laboratório está operando com sistema de qualidade documentado e tecnicamente competente segundo critérios estabelecidos por normas internacionais. Isso torna o LACEN o laboratório brasileiro com maior escopo de ensaios biológicos que são de interesse para a saúde pública.

O LACEN é vinculado à SESA e teve papel estratégico no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Espírito Santo. Desde abril de 2022, também tem se destacado na vigilância genômica do vírus SARS-CoV-2, sendo um dos primeiros laboratórios a identificar a circulação das linhagens Omicron BQ.1, XBB.1.5 e, mais recentemente, a Éris no Brasil.

Desde 2019, a capacidade de diagnóstico do laboratório de biologia molecular do LACEN em relação às arboviroses e aos vírus respiratórios passou de 7 para 37 agravos. Isso se deve aos investimentos realizados em recursos humanos, adequações nas instalações físicas, modernização do parque tecnológico e aquisição de insumos. Essa expansão no escopo de serviços fortaleceu a capacidade do Lacen/ES em desempenhar um papel estratégico na vigilância e no diagnóstico preciso de uma ampla gama de doenças. A partir de então, tem sido possível a entrega de resultados de forma mais rápida à população, pois exames que anteriormente eram encaminhados aos laboratórios de referência nacional passaram a ser realizados no Estado. Também são realizados os diagnósticos de doenças transmitidas por carrapatos, diagnósticos diferenciais como, por exemplo, Monkey Pox, varicela e sífilis, investigações de meningites bacterianas e virais, pesquisas de enteropatógenos, além de pesquisas dos genes de resistência bacteriana e diagnóstico de coqueluche. Outras análises incorporadas mais

recentemente permitem o diagnóstico de diversos agravos, entre eles doença de Lyme, Febre Maculosa, Adenovírus em fezes humanas, biologia molecular para as meningites, arbovírus Mayaro e Febre do Nilo.

Outra atividade relevante do LACEN é a gestão/coordenação da Rede Estadual de Laboratórios (REDLAB/ES) composta por laboratórios, de gestão pública e privada, localizados nas regiões de saúde que realizam análises de interesse em saúde pública e/ou de notificação compulsória. A gestão da REDLAB/ES visa garantir a gestão da qualidade e de biossegurança nas atividades laboratoriais desenvolvidas pelos membros desta rede.

Nos próximos anos a SESA e o LACEN trabalharão no sentido de ampliar ainda mais a capacidade de oferta de exames diagnóstico molecular, análises de amostras de qualidade da água encaminhadas pelos serviços de hemodiálise e qualidade das amostras dos exames de rastreamento e detecção de câncer do colo de útero encaminhadas pelos laboratórios credenciados.

5.7 Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde

A Rede de Atenção e Vigilância em Saúde no ES tem como base a Portaria Nº. 102-R/2021, que dispõe sobre a organização e funcionamento da Atenção e da Vigilância em Saúde no âmbito estadual do SUS.

O Sistema Estadual de Saúde se organiza por meio de uma Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), definida pelas relações estabelecidas pelo conjunto de pontos de atenção e de vigilância em saúde, compreendidos dentro de um arranjo poliárquico e de base territorial, capaz de qualificar o desempenho do sistema por meio da implementação de políticas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e proteção da saúde, em termos de acesso, equidade, cuidado integral e rigor na execução das políticas públicas.

5.7.1 Atenção Primária à Saúde

Nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS é definida como a coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção, sendo assim, responsável pela elaboração, acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Já na definição de ordenadora da rede traz funções de reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo no planejamento das ações, assim como, na programação dos serviços de saúde.

O fortalecimento e valorização da APS como porta de entrada, coordenadora e ordenadora da rede requer esforços de todos: usuários, gestores e profissionais de todos os níveis de atenção em saúde, para que essa consiga assumir sua real capacidade de resolutividade.

As principais dificuldades encontradas para atingir este atributo, advém das falhas de comunicação entre os serviços, da desvalorização da APS, da baixa qualificação profissional e das fragilidades nos instrumentos adotados para integração dos níveis assistenciais.

5.7.2 Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil (RAMI)

A RAMI constitui-se num conjunto de ações articuladas cujo início deve se dar na captação precoce das gestantes no âmbito da APS culminando na garantia de parto seguro com a vinculação de todas as gestantes a um hospital/maternidade de referência, de acordo com o risco gestacional, além da organização do atendimento ambulatorial básico e especializado conforme protocolos e linhas de cuidado.

No âmbito da RAMI o enfrentamento da mortalidade materna e infantil coloca-se como uma das prioridades da política pública de saúde em todas as instâncias de gestão e

assistência e reacendem uma grande preocupação com a qualidade da atenção à saúde da mulher no ciclo da gestação, parto e puerpério. No que diz respeito ao acesso e cobertura do acompanhamento pré-natal em 2022 no Espírito Santo, 26,58% das mulheres não tiveram acesso ou o acesso foi inadequado ou intermediário ao pré-natal. A taxa de partos cesáreos por foi de 60,65% (SINASC 2022), muito distante ainda dos 15% recomendado mundialmente pela Organização Mundial de Saúde. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 57,56 a cada 100.000 nascidos vivos (SIM/SINASC/TABNET/SESA), longe dos 35/100.000 preconizados pelo MS e pactuado como meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS). Em 2022, o estado registrou taxa de prematuridade de 10,52% nos nascimentos e também foram registrados 676 casos de sífilis congênita (e-SUS VS). A mortalidade infantil foi de 10,8 a cada mil nascidos vivos, sendo a taxa de mortalidade neonatal de 7,2 para cada mil nascidos vivos, taxa de mortalidade neonatal precoce de 5,2 a cada 1.000 nascidos vivos (SIM/SINASC/TABNET/SESA).

Os grandes desafios a serem enfrentados estão diretamente relacionados à qualidade da assistência prestada, em todos os níveis de atenção, a saber: início tardio do pré-natal, alta incidência de sífilis congênita, baixa taxa de vinculação de gestantes a pontos de atendimento adequados (ambulatoriais especializados e maternidades), falta de protocolos de acolhimento e classificação de risco nas maternidades de alto risco, bem como boas práticas de atenção ao parto e nascimento; protocolos de qualidade e segurança no manejo clínico das gestantes de alto risco, nas principais intercorrências, urgências e emergências obstétricas, nas maternidades e pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.

A expansão da triagem neonatal biológica (teste do Pezinho) tem a finalidade de realizar a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados nas doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas com objetivo de início de tratamento em tempo oportuno baseado em serviços de referência, evitando as sequelas e até mesmo a morte. A Portaria GM/MS Nº. 822/2001 instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Triagem Neonatal

(PNTN), para realização de triagem neonatal credenciando o estado do ES como Programa Estadual de Triagem Neonatal (PETN) e a Lei Nº 14.154/2021, amplia o rastreamento de doenças no recém-nascido pelo SUS.

Atualmente o ES se encontra na etapa 1 do Teste do Pezinho Ampliado (TPA), faltando a conclusão da triagem da toxoplasmose congênita para conclusão desta etapa. O Estado se propõe a implementar a etapa 5 de forma escalonada até o ano de 2027.

5.7.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem como objetivo ordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. De acordo com o MS, é constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar. Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras.

Assim, para que a RUE ofereça assistência qualificada aos usuários, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica, sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, da informação, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constitui.

Nesse próximo quadriênio, a Rede de Urgência e Emergência tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção, considerando que os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência estão relacionados a alta morbimortalidade de doenças do aparelho circulatório, como o Infarto Agudo do Miocárdio – IAM e o Acidente

Vascular Cerebral – AVC, além do aumento relativo às violências e aos acidentes de trânsito.

5.7.3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

O Serviço de Atendimento às Urgência Móvel de Urgência tem cobertura de 100% no ES sendo, portanto, operacionalizado nos 78 municípios capixabas, com aquisição de 108 (cento e oito) ambulâncias básicas e 22 (vinte e duas) ambulâncias avançadas para doação aos municípios, durante a expansão do serviço.

Unidade Gestora	Municípios	Quantidade USB	Quantidade USA
CIM Norte	Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão.	12	03
CIM Polinorte	Aracruz, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal, São Roque do Canaã e Sooretama.	10	03
CIM Polo Sul	Alegre, Alfredo Chaves, Apiacá, Atilio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Itarana, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta.	31	04
CIM Noroeste	Água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Colatina, Ecoporanga, Governador Lindemberg, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha e Vila Valério.	16	02
SAMU Metropolitana	Afonso Cláudio, Anchieta, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Piúma, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória.	39	10
TOTAL		108	22

Concomitante à operacionalização do SAMU 192 em todo o Estado, ocorreu também o processo de regulação das urgências/emergências nos municípios do Estado, ampliação do Centro Regulatório e Aeromédico e implementação das pactuações dos fluxos de acesso na Urgência e Emergência (UPA/PAs).

Além da manutenção do serviço, outros desafios devem ser superados na vigência deste Plano, com destaque para a necessidade de elaboração do Manual de Regulação Unificado das urgências e emergências; Revisão e treinamento das linhas de cuidados, com proposta de telemedicina para cardiologia e neurologia; Padronização das portas de entrada da RUE (Rede de Urgência e Emergência) com previsão de incentivo financeiro aos municípios, de investimento e custeio mensal.

5.7.3.2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's 24 HS)

As UPA's são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, que devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. O estado do Espírito Santo conta com 7 UPA 's habilitadas pelo Ministério da Saúde, sendo 6 na Região de Saúde Metropolitana e 1 na Região Sul.

5.7.3.3 Componente hospitalar

Este componente é constituído pelas portas hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. Nesse componente, a capacidade instalada da rede no estado está assim estruturada:

- 1) Porta de Entrada para Urgência e Emergência: 4 hospitais (que são financiados

pela SESA e não são habilitados pelo MS), 7 hospitais habilitados pelo MS na Região Metropolitana, 3 hospitais habilitados pelo MS na Região Central Norte e 2 hospitais habilitados pelo MS na Região Sul:

- 2) Leitos de Retaguarda Clínica: 234 leitos habilitados e 110 qualificados na Região Metropolitana, 20 leitos habilitados e 10 qualificados na Região Central Norte e na Região Sul não existem leitos habilitados e/ou qualificados.
- 3) Leitos de UTI RUE: 608 leitos de habilitados UTI tipo II
- 4) Unidade coronariana (UCO): 56 leitos e 31 habilitados de UCO junto ao MS em todas as regiões de saúde.
- 5) Leitos de UTI Pediátrica: 60 leitos existentes e 10 qualificados pela RUE.
- 6) Leitos de UAVC: 36 leitos habilitados pela RUE.

O estado do ES ainda não possui leitos habilitados para cuidados prolongados.

5.7.3.4 Atenção Domiciliar/ Melhor em Casa

Compreendida como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação que ocorrem no domicílio, que acontece no território e que reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

No estado os municípios de Vila Velha, Cariacica e Aracruz aderiram à política e habilitaram 8 equipes. A SESA de forma complementar implantou 6 equipes de Atenção Domiciliar, dividindo entre os municípios de Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra e Viana (Região Metropolitana).

Os principais desafios para 2024 a 2027 identificados no que se refere à atenção prestada pela Rede de Atenção às Urgências e Emergências no estado é a otimização de recursos, dentre elas destacamos os leitos de cuidados prolongados, paliativos, Programa Melhor em Casa, qualificação de profissionais para atendimentos em pediatria, tanto em unidades de pré-hospitalares quanto atenção básica (unificação

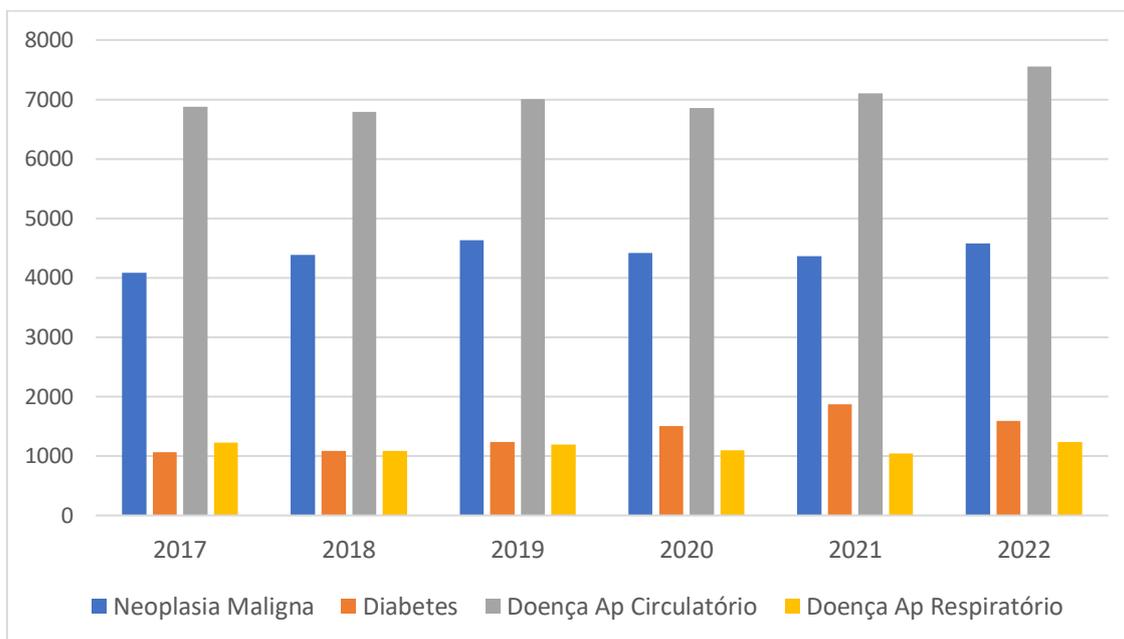
e/ou criação de classificação de risco única), fortalecimento no monitoramento de programas e recursos de leitos, estruturas, qualificação dos componentes da RUE.

5.7.4 Rede de Atenção às Doenças e Agravos Crônicos

As doenças e agravos crônicos são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias e medicamentos associadas a mudanças de estilo de vida em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura. Fatores como os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas na população. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais (MS, 2008).

Entre as principais DCNT estão as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas (bronquite, asma, rinite), hipertensão, câncer, diabetes e doenças metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCNT são responsáveis por 63% das mortes no mundo. No Brasil representam a principal carga de doenças e mortes na população, constituindo-se como um importante problema de saúde pública e são a causa de 74% dos óbitos. No estado do Espírito Santo o cenário em relação às DCNT é bem semelhante ao panorama global e nacional, sendo as DCNT responsáveis pela maior parcela das mortes na população, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 16: Óbitos prematuros por doenças crônicas não transmissíveis no ES. Período: 2017 a 2022



Fonte: SIM/TABNET/SESA (Acesso em 14/12/2023)

5.7.4.1 Oncologia

De acordo com dados divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) o Brasil deverá registrar 704 mil novos casos de câncer para cada ano do triênio 2023-2025, com destaque para as regiões sul e sudeste que concentram cerca de 70% da incidência (INCA, 2022). O tipo mais incidente no país é o câncer de pele não melanoma, com 220 mil casos estimados. Considerando-se todos os demais tipos de câncer, estima-se que os mais frequentes na população serão mama com 73.610 casos, próstata com 71.730 casos, cólon e reto com 45.630 casos, pulmão com 32.560 casos e estômago com 21.480 casos.

A tabela a seguir demonstra a estimativa de incidência de câncer e casos novos por sexo e localização no Espírito Santo:

Tabela 24: Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo o sexo e localização primária, no ES.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Homens			Mulheres			Total		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Mama Feminina	-	-	-	900	42,2	32,94	900	42,2	32,94
Próstata	1.740	84,36	72,97	-	-	-	1.740	84,36	72,97
Cólon e Reto	290	14,03	12,47	320	14,97	10,98	610	14,51	11,52
Traqueia, Brônquio e Pulmão	350	17,12	12,73	230	10,84	8,1	580	13,93	9,76
Estômago	270	12,91	8,85	150	7,09	3,99	420	9,96	5,98
Colo do Útero	-	-	-	260	12,43	9,4	260	12,43	9,4
Glândula Tireoide	**	0,74	0,64	80	3,81	2,58	90	2,3	1,78
Cavidade Oral	290	13,93	12,47	70	3,1	2,07	360	8,43	7,05
Linfoma não Hodgkin	110	5,32	4,55	80	3,66	2,16	190	4,48	3,26
Leucemias	110	5,35	4,75	100	4,65	3,88	210	5	4,26
Sistema Nervoso Central	140	6,72	4,19	120	5,79	3,8	260	6,25	3,98
Bexiga	100	5,05	3,94	40	1,66	0,91	140	3,33	2,21
Esôfago	250	11,89	8,62	60	2,72	1,93	310	7,23	5,07
Pâncreas	100	4,85	4,3	100	4,84	3,31	200	4,85	3,79
Fígado	120	5,95	4,84	80	3,9	2,63	200	4,91	3,64
Pele Melanoma	40	1,7	1,34	50	2,36	1,54	90	2,04	1,51
Corpo do útero	-	-	-	110	5,11	3,8	110	5,11	3,8
Laringe	100	4,94	4,28	**	0,55	0,39	110	2,71	2,2
Ovário	-	-	-	110	5,16	3,51	110	5,16	3,51
Linfoma de Hodgkin	20	1,05	0,95	**	0,68	0,51	30	0,86	0,69
Outras Localizações	600	28,89	24,43	480	22,3	14,98	1.080	25,54	19,22
Todas as neoplasias, exceto Pele não melanoma	4.640	224,8	209,7	3.360	157,73	162,64	8.000	190,74	184,79
Pele não Melanoma	2.660	128,89	-	2.750	128,87	-	5.410	128,88	-
Todas as Neoplasias	7.300	353,68	-	6.110	286,83	-	13.410	319,73	-

Fonte: INCA – janeiro 2023

A seguir, as tabelas demonstram o n° de casos de câncer em homens e mulheres capixabas no ano de 2022:

Tabela 25: Número de casos de câncer em Mulheres no Espírito Santo – Ano: 2022

Localização primária	N° de casos	%
Mama feminina	73.610	30,1
Cólon e reto	23.660	9,7%
Colo do útero	17.010	7,0%
Traqueia, brônquio e pulmão	14.540	6,0%
Glândula tireoide	14.160	5,8%
Estômago	8.140	3,3%
Corpo do útero	7.840	3,2%
Ovário	7.310	3,0%
Pâncreas	5.690	2,3%
Linfoma não Hodgkin	5.620	2,3%

Fonte: INCA 2022

Tabela 26: Número de casos de câncer em Homens no Espírito Santo – Ano: 2022

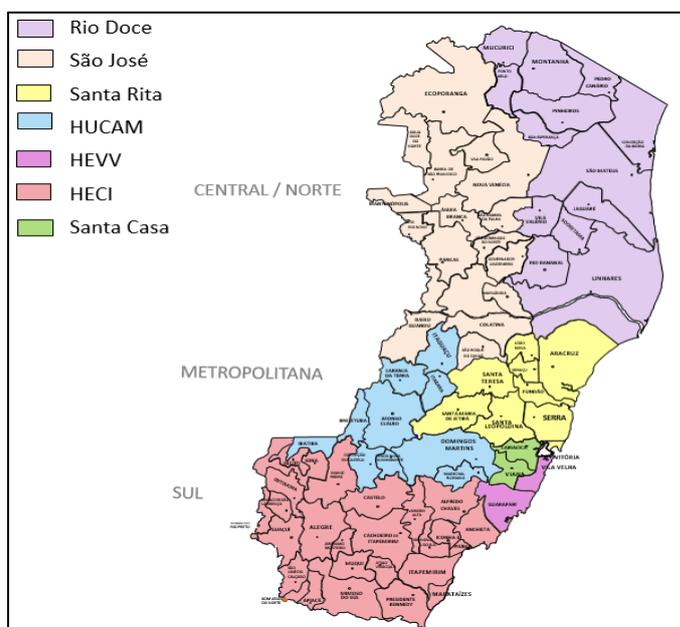
Localização primária	Nº de casos	%
Próstata	71.730	30%
Cólon e reto	21.970	9,2%
Traqueia, brônquio e pulmão	18.020	7,5%
Estômago	13.340	5,6%
Cavidade oral	10.900	4,6%
Esôfago	8.200	3,4%
Bexiga	7.870	3,3%
Laringe	6.570	2,7%
Linfoma não Hodgkin	6.420	2,7%
Fígado	6.390	2,7%

Fonte: INCA 2022

O grande desafio que se impõe é estabelecer o diagnóstico precoce e o início do tratamento, em tempo oportuno, buscando alcançar os resultados previstos na legislação vigente, para aumentar as chances de cura e melhorar a qualidade de vida.

No ES a organização da Rede de Oncologia é regionalizada conforme ilustra o mapa abaixo:

Figura 10: Mapa da Rede de Oncologia - Adulto no ES, distribuído por região de Saúde, 2022.



Fonte: NEAE/GEPORAS/SESA 2021.

A Rede de Oncologia no atendimento ao adulto no estado conta com 07 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e 01 Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) distribuídos nas regiões de saúde, conforme o mapa apresentado.

A referência estadual para câncer infantil é o UNACON do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória – HINSG, em Vitória-ES, referência para todos os 78 municípios do estado.

5.7.4.2 Doença Renal Crônica - DRC

A doença renal crônica (DRC) possui um curso insidioso, com múltiplas causas e vários fatores de prognóstico, manifestando-se de forma assintomática na maior parte de sua evolução, segundo a história natural da doença, devido aos processos adaptativos desenvolvidos pelos rins, mas no decorrer do tempo, surgem alterações que afetam tanto a estrutura, quanto a função dos rins.

É justificável considerar a DRC como parte do grupo das doenças cardiovasculares, pois já foi demonstrado que há uma associação independente entre taxa de filtração glomerular reduzida e risco aumentado de morte, de eventos cardiovasculares e de internação. Além disso, outro desfecho preocupante da DRC é a perda continuada da função renal, processo patológico conhecido como progressão, podendo levar muitos desses pacientes à doença renal crônica terminal (DRCT). Os pacientes que evoluem para DRCT necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva (TRS) e as modalidades disponíveis são a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal.

O número de pacientes com DRC está aumentando em todo o mundo, sendo considerada um problema de saúde pública. No Brasil, há poucos estudos disponíveis na literatura sobre a prevalência da doença renal crônica. Quando se observa a prevalência de pacientes em diálise, a tendência de aumento também é constatada nos últimos anos. Segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica realizado em 2013, o número total estimado de pacientes em diálise no Brasil em 1º de julho de 2013 foi de 100.397

e esse número aumentou 54% na última década: 97.586 no ano de 2012 e 148.363 em 2021. A taxa de prevalência de tratamento dialítico em 2013 foi de 499 pacientes por milhão da população (pmp), chegando a 696 pmp em 2021. O SUS é a fonte pagadora de 82% dos pacientes em terapia renal substitutiva, o que gera um grande impacto econômico e gerencial na área de saúde, pois são procedimentos de alta complexidade.

De acordo com o Censo do IBGE de 2020, a população residente no Estado do Espírito Santo com idade igual ou menor que 20 anos é de 2.927.901 habitantes, sendo 692.988 habitantes na Região Central/Norte, 1.734.144 habitantes na Região Metropolitana e 500.769 habitantes na Região Sul. Considerando esses dados e os parâmetros propostos pela Portaria Nº 1 2017, é possível estimar o número de pacientes com idade igual ou menor que 20 anos com doença renal crônica, de acordo com estágio da doença, por região do Estado do Espírito, conforme tabela a seguir:

Tabela 27: Número estimado de pacientes com idade ≥ 20 anos com doença renal crônica, de acordo com estágio da doença, por região no Espírito Santo.

População Estágios da doença	Regiões de Saúde			
	Central/Norte	Metropolitana	Sul	Total
População Total	971.605	2.410.051	682.936	4.064.592
População > 20 anos	692.988	1.734.174	500.769	2.927.931
Estágio 1 (1,7%)	1.178.079	29.480.958	8.513.073	49.775
Estágio 2 (2,8)	1.940.366	48.556.872	14.021.532	81.982
Estágio 3 (5,6%)	3.880.732	97.113.744	28.043.064	163.964
Estágio 4 (0,2%)	138.597	3.468.348	1.001.538	5.856
Estágio 5 (0,16%)	110.878	27.746.784	8.012.304	4.685
Estágio 5 D (0,13%)	90.088	22.544.262	6.509.997	3.806
Prevalência de DRC geral população > 20 anos (10,46%)	7.248.300	181.390	52.379	306.262

Fonte: Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013

A hemodiálise constitui a principal modalidade de terapia renal substitutiva realizada no Brasil. Segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2020 havia 144.779

pacientes em diálise, sendo a sua maioria (91%) em hemodiálise. No Espírito Santo, foram realizadas mais de 330 mil sessões de diálise, com aproximadamente 2.290 pacientes realizando TRS em 2021 e 110 pacientes em diálise peritoneal. O custo total da terapia dialítica alcançou mais de 65.000.000,00 no ano de 2021.

O Espírito Santo conta com 19 centros habilitados para realização de hemodiálise, 16 centros habilitados para diálise peritoneal, com apenas 4 centros com atendimento para diálise peritoneal. Desses, 3 estão cadastrados para assistência especializada em pacientes com DRC nos estágios 4 e 5 sem diálise. No entanto nenhum centro possui atendimento com esta habilitação, sendo que sua maioria estão concentrados na Região Metropolitana de Saúde.

Para os próximos anos os desafios que a SESA deverá enfrentar podem ser assim descritos:

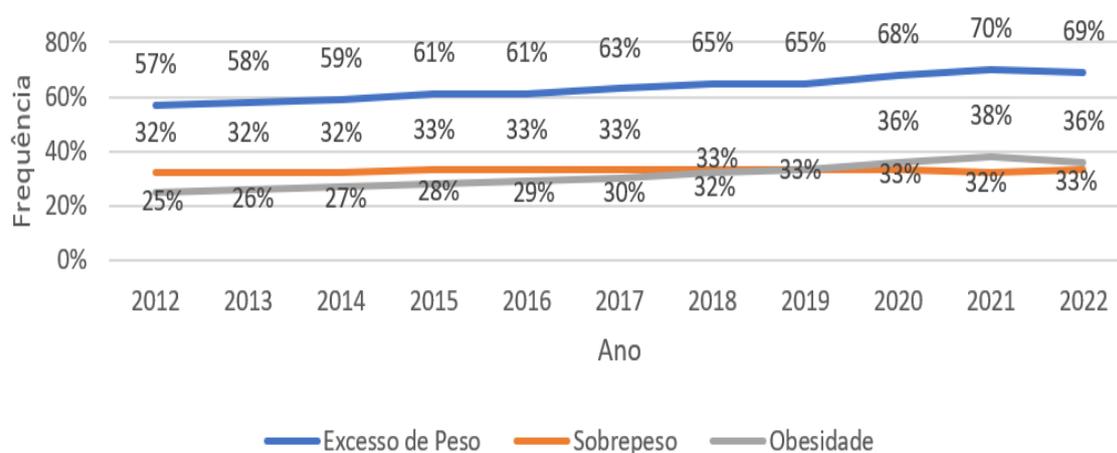
- Ausência de rastreamento ou registro da Doença Renal Crônica(DRC), atualmente A drdc não consta cadastros de usuários da rede de atenção primária (formulário e-sus);
- Falta de capacitação dos profissionais de saúde da APS para diagnóstico e adequado acompanhamento dos pacientes em estágios 1, 2 e 3 (A e B) e identificação dos pacientes sob risco, para agir preventivamente e promover medidas de educação;
- Ausência de referência para o tratamento da DRC nos moldes da portaria Nº 389 de 2014, sendo necessária a implantação de um novo modelo de assistência ao paciente com Doença Renal Crônica nos estágios 4 e 5 não dialítico;
- Necessidade de estruturação de um programa de acesso para diálise, incluindo a construção do fluxo de acesso, identificação dos pontos assistenciais na rede, regulação pela SESA, com monitoramento de indicadores de processo e qualidade;
- Ausência da estruturação de atendimento de urgência e emergência dos pacientes dos pacientes com DRC;

- Baixo número de serviços de diálise peritoneal, problemas na regulação do acesso à essa terapia e construção da rede de apoio, referenciamento de acesso cirúrgico e urgências;
- Redução da taxa de transplantes vivos nos últimos 14 anos, estando abaixo da média na região Sudeste.

5.7.4.3 Sobrepeso e obesidade

A prevalência do sobrepeso e obesidade aumenta em todo o mundo, configurando-se como um grave problema de saúde pública por seu impacto na qualidade de vida das pessoas, morbimortalidade da população e impacto econômico na sociedade e no SUS. No Brasil, mais da metade da população adulta apresenta excesso de peso e um em cada dez adultos possui obesidade (BRASIL, 2021). No Espírito Santo não é diferente e a gravidade pode ser comprovada com os dados exibidos no gráfico abaixo:

Gráfico 17: Série histórica do Estado Nutricional de adultos no ES, 2012 a 2022.



Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatório Público de Estado Nutricional para adultos, IMC por idade. Acesso em 10 de janeiro de 2022. Dados sujeitos a alteração.

Como pode ser observado, sete em cada dez adultos atendidos na APS estão acima do peso e as frequências de excesso de peso e obesidade vem aumentando. Estudo realizado por Aprelini e colaboradores (2021) analisou a série histórica de 10 anos (2009 a 2018) do sobrepeso e da obesidade no ES, com dados do Sistema de Vigilância

Alimentar e Nutricional (SISVAN), e identificou um crescimento em ambos os sexos e em todas as regiões de saúde. A tabela a seguir mostra a prevalência de sobrepeso e obesidade, por faixa etária e por região de saúde:

Tabela 28: Prevalência de Sobrepeso e Obesidade, por ciclo de vida e por região de saúde no Espírito Santo – Período: 2017 a 2022.

Região de Saúde	Ciclo de Vida	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)
		2022	
Central Norte	Criança < 5 anos	7	5,4
	Criança 5 a < 10 anos	15,4	15,7
	Adolescente	19,7	13,5
	Adulto	33,1	35
	Gestante	27,8	25,7
	Idoso	52,5	-
	Geral Central Norte	25,7	19,2
Metropolitana	Criança < 5 anos	7,3	4
	Criança 5 a < 10 anos	15,4	14,4
	Adolescente	18,8	14,1
	Adulto	32,7	37,5
	Gestante	28,8	24,8
	Idoso	55,6	-
Geral Metropolitana	27,6	19,5	
Sul	Criança < 5 anos	7,9	6,3
	Criança 5 a < 10 anos	16	18,1
	Adolescente	19,4	14,2
	Adulto	33,3	35,7
	Gestante	27,2	25,8
	Idoso	52,6	-
Geral Sul	29,3	20,4	
ES		27,6	19,6

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatório Público de Estado Nutricional, IMC por idade. Acesso em 10 de janeiro de 2022. Dados sujeitos a alteração.

Os dados demonstram a presença do excesso de peso e obesidade em todas as regiões de saúde e em todos os ciclos de vida, comprovando a magnitude do problema no Espírito Santo. A SESA vem unindo esforços para enfrentamento à obesidade com a elaboração da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) que tem por objetivo

orientar profissionais e serviços quanto aos fluxos de compartilhamento do cuidado dos usuários entre os pontos de atenção da RAVS de forma descentralizada e regionalizada, contemplando as ações de promoção, prevenção, avaliação e tratamento no âmbito do SUS. Além disso indica as atribuições e fluxos de acesso dos serviços de saúde que compõem a Linha de Cuidado, bem como os recursos necessários para o cuidado da população na condição de excesso de peso.

A LCSO destaca a APS como porta de entrada preferencial, coordenadora do cuidado clínico longitudinal e com papel estratégico no manejo dos casos, ressaltando a importância da atenção ambulatorial especializada no compartilhamento do cuidado quando da necessidade, bem como a atenção de alta complexidade para os casos de obesidade grave indicados, conforme diretrizes ministeriais para tratamento cirúrgico da obesidade (Portaria de Consolidação Nº 03/2017). Para os próximos anos a SESA realizará a expansão da oferta de tratamento cirúrgico em todo estado bem como fortalecimento do monitoramento e estabilização da prevalência do sobrepeso e obesidade no estado.

5.7.5 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integra os serviços voltados aos cuidados de saúde mental da população. É formada por componentes e pontos de atenção em diferentes níveis de complexidade que abrangem o cuidado em saúde mental desde a promoção e prevenção até o tratamento intensivo de casos mais severos, assegurando assim o cuidado integral. Seu foco está no desenvolvimento de ações no âmbito dos territórios, os locais onde as pessoas vivem e onde estabelecem suas relações sociofamiliares, os lugares onde adoecem e também onde podem produzir saúde.

A RAPS propõe o cuidado em saúde mental em todos os níveis de atenção à saúde e os serviços que a compõem abrangem as três regiões de saúde. Conquanto, a Rede de Atenção Psicossocial apresenta incompletude na cobertura da oferta de atenção à saúde

mental em todo estado, expressando vazios assistenciais e/ou não integralidade do cuidado, culminando quase sempre em internações psiquiátricas ou judicialização dos casos. Necessário se faz a reorganização da rede, qualificação e capacitação profissional, construção e habilitação de CAPS em todos os municípios e modalidades, observado parâmetros, implantação de equipes mínimas de saúde mental em municípios sem parâmetros para CAPS, implantação de leitos em hospitais gerais para usuários(as) que demandem internação.

5.7.5.1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

O Estado do Espírito Santo conta com 43 CAPS, sendo 33 (trinta e três) habilitados pelo Ministério da Saúde e 10 (dez) não habilitados pelo Ministério da Saúde, a saber:

Tabela 29: Quantidade de CAPS nas modalidades CAPS I, II e III; CAPS AD II e III e CAPS i no ES – 2022

Modalidade do CAPS	Região de Saúde			Total
	Central Norte	Metropolitana	Sul	
CAPS I	7	4	9	20
CAPS II	2	7	1	10
CAPS III	-	1	-	1
CAPS AD II	3	3	1	7
CAPS AD III	-	1	-	1
CAPS i	-	4	-	4
Total	12	20	11	43

Fonte: GEPORAS/SSAS/SESA

5.7.6 Rede de Atenção à Saúde Bucal

No âmbito da assistência, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) aponta fundamentalmente para a ampliação e qualificação da APS, ampliando acesso a todas faixas etárias e a oferta de mais serviços. A tabela a seguir expressa a capacidade instalada da saúde bucal na APS do estado:

Tabela 30: Quantidade de equipes de saúde bucal, por carga horária diferenciada (20 e 30 horas) e equipe de saúde bucal 40 horas

Equipes de Saúde Bucal	
Equipe de Saúde Bucal - CH diferenciada (20 e 30h)	17
Equipe de Saúde Bucal ESB 40h - Equipe de Saúde Bucal de 40 horas	537
Total Geral	554

Fonte: eGestor AB, 2022. Nota: dados extraídos em 03/01/2023

O Espírito Santo, em dezembro/2021 (eGestor), e considerando-se uma população estimada pelo IBGE de 4.064.052 habitantes, possuía na Atenção Primária em Saúde Bucal, uma cobertura estimada de 58,76%. Ao considerarmos somente equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (582 homologadas à época), a cobertura estimada era de 45,42%. O indicador de desempenho N° 3, do Previne Brasil, que é a proporção de gestantes com consulta odontológica apresentava, no 2º. quadrimestre de 2022 o percentual de 48 %.

Com a expansão do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e aumento da oferta de diversidade de procedimentos, faz-se necessário, também, ampliar acesso aos níveis especializados. Nesse sentido, foram criados os Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). No estado do Espírito Santo existem 13 CEO's distribuídos conforme a tabela a seguir:

Tabela 31: Pontos de Atenção Secundária (Centros de Especialidades Odontológicas) da Rede de Atenção à Saúde Bucal por Região de Saúde no ES.

Modalidade	Tipo I		Tipo II		Tipo III	
	CEO	PCD*	CEO	PCD*	CEO	PCD*
Central Norte	1	0	0	0	1	0
Metropolitana	5	1	2	1	0	0
Sul	3	1	0	0	0	0
Total	9	2	2	1	1	0

*PCD = CEO com atendimento à pessoa com deficiência

Fonte: Área Técnica Saúde Bucal – GEPORAS/SSAS/SESA

Na Atenção Hospitalar Odontológica em oncologia o ES também conta com serviços implantados, conforme tabela a seguir:

Tabela 32: Pontos de Atenção Terciária (atenção hospitalar odontológica em oncologia) da Rede de Atenção à Saúde Bucal por Região de Saúde no ES.

Região de Saúde	Município	Tipo	Unidade
Metropolitana	Vitória	CACON	Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC)
		UNACON	Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)
			Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV)
			Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)
Sul	Vila Velha	UNACON	Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV)
	Cachoeiro de Itapemirim	UNACON	Hospital Evangélico de Cachoeiro do Itapemirim (HECI)
Central Norte	Colatina	UNACON	Hospital São José (HSJ)
	Linhares	UNACON	Hospital Rio Doce

Fonte: Área Técnica Saúde Bucal – GEPORAS/SSAS/SESA

Nos próximos anos o desafio da SESA para a consolidação da Rede de Atenção à Saúde Bucal será a implantação de novos CEO's, conforme parâmetros populacionais bem como a expansão da cobertura no âmbito da APS, suprimindo o enorme vazio assistencial desta política aqui no estado.

5.7.7 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria GM/MS N° 793/2012 de modo a promover a ampliação, implementação e consolidação da atenção e do cuidado à pessoa com deficiência em todos os níveis de atenção à saúde a partir dos critérios de equidade e integralidade. A SESA aderiu a RCPD e instituiu o Grupo Condutor Estadual (GCE), em 2012, a partir da Resolução N° 268/2012 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que foi recomposto pela Portaria N° 0222-R/2020.

A RCPD se organiza nos seguintes pontos de atenção: Atenção Básica, composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes da Atenção Primária (eAP) e da Saúde da Família (eSF), incluindo Saúde Bucal; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências composta pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), serviços habilitados em uma única modalidade de reabilitação e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e Atenção Hospitalar e Rede de Urgência e Emergência.

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são serviços de referência em reabilitação, que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e tecnologia assistida, organizado de acordo com as modalidades de reabilitação em CER II (duas modalidades de reabilitação), CER III (três modalidades de reabilitação) e CER IV (quatro modalidades de reabilitação).

No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2010, 23,9% da população residente possuem pelo menos uma das deficiências: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da deficiência auditiva, em 5,1% e da deficiência mental ou intelectual, em 1,4%. Utilizando a estimativa da linha de corte sugerida pelo Grupo Washington IBGE, baseado na população estimada para 2020, no estado do Espírito Santo tem aproximadamente 333 mil pessoas com algum tipo de deficiência. A tabela abaixo aponta essa estimativa:

Tabela 33: População geral por tipo de deficiência estimada por região, com base na releitura da análise do Grupo de Washington IBGE

Tipo de Deficiência	Metropolitana	Central/ Norte	Sul	Total	%
Visual	81.942	33.035	23.201	138.178	3,4
Física	55.431	22.347	15.695	93.473	2,3
Auditiva	26.511	10.688	7.506	44.705	1,1
Intelectual	33.741	13.602	9.554	56.897	1,4
Total pop PCD na região	197.624	79.672	55.956	333.252	
Total Pop estimada 2020 por região	2.410.051	971.605	682.396	4.064.052	8,2

Fonte: População estimada para 2020 (IBGE): 4.064,052 mil habitantes (PDR 2020) nº habitantes por região de saúde

*Porcentagem de PCD baseada na Nota técnica N° 01/2018- Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington – IBGE

A constituição dos grupos condutores regional e estadual tem sido um grande avanço para a estruturação da rede no ES. Um desafio que se observa é a ausência do levantamento ou mapeamento das pessoas com deficiência, não só no ES, mas em todo o país. Existe uma escassez de dados e informações de quais deficiências são mais prevalentes, onde estão as pessoas com deficiência e o perfil dessa população, baseados na funcionalidade e não na incapacidade. Os dados utilizados ainda são do censo 2010 e precisam ser atualizados com o novo censo. Além disso, há necessidade de capacitar os agentes comunitários e profissionais da atenção primária quanto ao cadastro das pessoas com deficiência que acessam e não acessam o SUS no território.

Na reabilitação auditiva ainda existe um vazio assistencial sendo necessária a habilitação de novos serviços nas três regiões de saúde para suprir a demanda de avaliação e diagnóstico da perda auditiva, seleção, concessão, adaptação, manutenção e acompanhamento das OPME auditivas, bem como a terapia fonoaudiológica. Os serviços de reabilitação da RCPD, em qualquer que seja a modalidade de reabilitação, devem garantir como oferta do cuidado integral e qualificada, por isso, a organização, estruturação e oferta das OPME tem sido um desafio a se superar nos próximos anos.

Na reabilitação intelectual, um grande avanço na rede foi a publicação da Política Estadual de Cofinanciamento dos SERDIA, serviços que irão ampliar a assistência em conjunto com os CER, à pessoa com deficiência intelectual e Transtornos do Espectro Autista. Há necessidade de elaboração da linha de cuidado da reabilitação intelectual e para pessoa com TEA. O grande desafio para a reabilitação no estado é o número crescente de pessoas com TEA e a estruturação de serviços que atuem na lógica da intersetorialidade para de fato atender de forma integralizada as necessidades dessa população. Abaixo a tabela exhibe a distribuição dos serviços especializados no estado:

Tabela 34: Serviços da atenção especializada ambulatorial e hospitalar distribuídos por região de saúde no ES.

Região	Tipo de serviço	Modalidades de reabilitação
Central	CER II APAE de Nova Venécia	Física e Intelectual
Norte	CER IV APAE de Colatina	Física, Intelectual, Auditiva e visual
	CER II CREFES (ambulatorial)	Física e auditiva
	CREFES atenção hospitalar especializada em reabilitação	Física
Metro-politana	Oficina Ortopédica do CREFES	Física
	CER III Associação Pestalozzi de Guarapari	Física
	Serviço de Atenção Hospitalar em Implante Coclear	Auditiva
Sul	CER II APAE de Cachoeiro	Física e Intelectual
	CER II Associação Pestalozzi de Mimoso do Sul	Física e Intelectual

Fonte: Área técnica RCPD – GEPORAS/SSAS/SESA

5.7.8 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde tem como característica a intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território.

5.7.8.1 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica tem por finalidade realizar o acompanhamento contínuo do processo saúde-doença, elaborando análises que forem pertinentes e recomendando ações que forem necessárias para interferir positivamente no cuidado de saúde da população.

Considerando a diversidade de áreas técnicas e responsabilidades que as atividades de vigilância epidemiológica representam, a SESA priorizará, nesse quadriênio, 12 frentes de trabalho que envolvem doenças infecciosas (dengue, tuberculose, hanseníase, febre maculosa, HIV) e doenças e agravos crônicos não transmissíveis (causas externas – suicídio, acidentes de trânsito e homicídios – carga de má nutrição, tanto obesidade quanto desnutrição, ações de expansão de cobertura vacinal e ações de gestão para a consolidação de ações de vigilância epidemiológica hospitalar.

5.7.8.2 Vigilância Ambiental

Vigilância em Saúde Ambiental é o conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.

A incorporação da vigilância ambiental no campo das políticas públicas de saúde é uma demanda relativamente recente no Brasil. Trata-se de uma área de interface entre disciplinas e setores, que colabora na proteção do meio ambiente, com o controle da água para o consumo humano, substâncias tóxicas e radioativas, através do desenvolvimento de vários programas, como VIGIPEQ (VIGISOLO, contaminantes químicos prioritários e VSPEA), VIGIÁGUA (e distribuição de hipoclorito), VIGIAR, VIGIDESASTRES (desastres naturais, desastres tecnológicos, acidentes com produtos

perigosos e mudanças climáticas), Controle do Vetor Aedes e Educação em Saúde Ambiental.

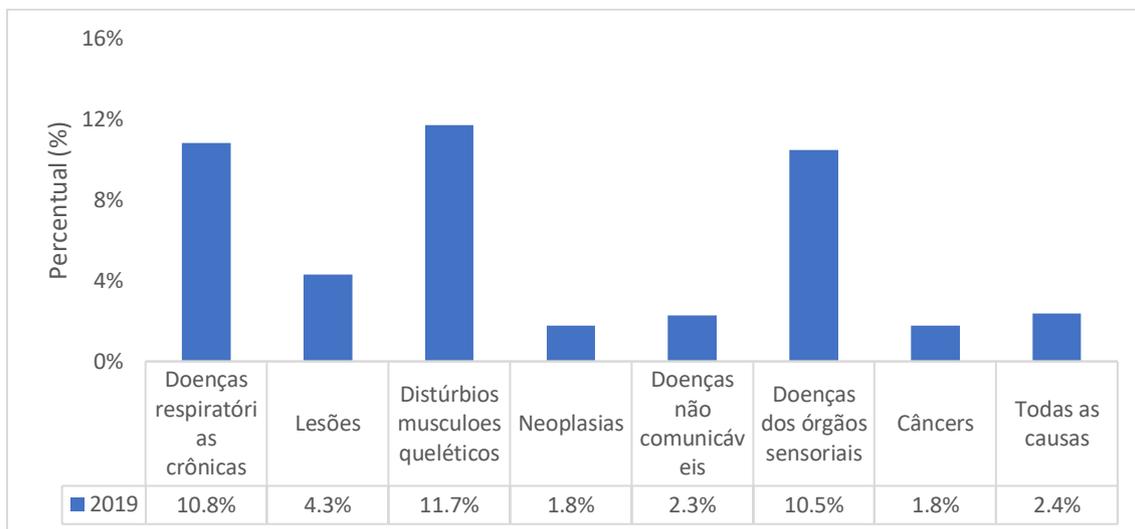
Quanto às populações expostas às substâncias químicas, o foco das ações do VIGIPEQ são cinco substâncias prioritárias: agrotóxicos, benzeno, mercúrio, amianto e chumbo. No campo da Vigilância à Saúde, os agrotóxicos estão entre os mais importantes fatores de risco para a saúde da população, especialmente para os trabalhadores agrícolas e para o ambiente. Como um ramo do VIGIPEQ, a VSPEA tem como propósito articular ações de prevenção, de promoção, de vigilância e assistência à saúde de populações expostas aos agrotóxicos contemplando ações da Vigilância Ambiental, de Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária e serviços por meio do Centro de Informação de Assistência Toxicológica do Espírito Santo (CIATOX). As ações consistem na identificação das populações susceptíveis aos fatores de risco, conhecimento e detalhamento das exposições e atenção integral à saúde das populações expostas aos agrotóxicos. Neste sentido a SESA atuará nos próximos anos para garantir que os municípios implantem e implementem seus respectivos Planos de Vigilância em Saúde das populações expostas a agrotóxicos, principalmente nos 17 prioritários, com a elaboração e entrega dos relatórios anuais com as ações desenvolvidas em seus territórios.

5.7.8.3 Vigilância em Saúde do Trabalhador

O trabalho e as condições em que o trabalho é realizado podem constituir fatores determinantes que interferem no processo saúde-doença, contribuindo para o incremento de doenças, agravos e óbitos na população trabalhadora. De acordo com estimativas do estudo de Carga Global de Doenças de 2019 (GBD 2019), os fatores ocupacionais contribuíram com 2,4% dos anos de vida perdidos por morte prematura e por incapacidade (*disability-adjusted life years – DALY*) por todas as causas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Espírito Santo (Figura 1). Os fatores ocupacionais contribuíram com os anos de vida perdidos por morte prematura e por incapacidade

principalmente dos distúrbios musculoesqueléticos (11,7%), das doenças respiratórias crônicas (10,8%) e com doenças dos órgãos sensoriais (10%).

Gráfico 18: Contribuição percentual dos fatores ocupacionais para a morte prematura e perda de saúde por doenças crônicas não transmissíveis, no Espírito Santo, 2019.



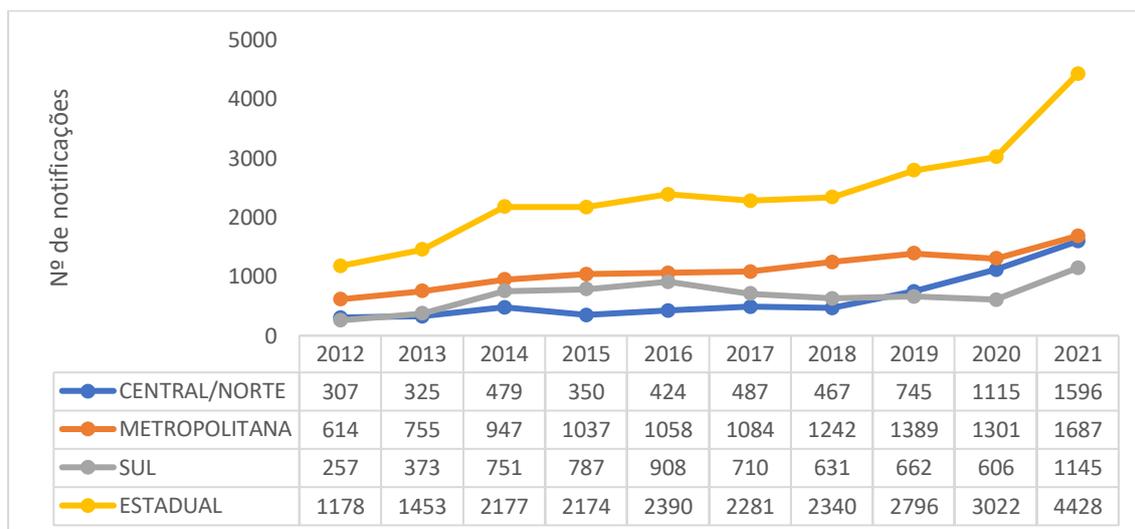
Fonte: <https://www.healthdata.org/qbd/2019>

Segundo as Portarias de Consolidação Nº 04 e 05 (Portaria n. 204 GM-MS/2016) as Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho de importância para vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora são os acidentes com exposição a material biológico, os acidentes graves e fatais e a intoxicação exógena relacionada ao trabalho, LER/DORT, dermatoses, pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído (PAIR), câncer relacionado ao trabalho e transtorno mental relacionado ao trabalho.

5.7.8.3.1 Doenças e Acidentes Relacionados ao Trabalho (DART)

De 2012 a 2021 foram registradas 24.239 notificações de DART, aumento no Espírito Santo foi de 271%, sendo que os maiores aumentos foram na região Central/Norte (420%) e na Sul (346%), conforme aponta o gráfico a seguir:

Gráfico 19: Frequência absoluta das notificações por Doenças e Agravos relacionados ao trabalho, segundo região de saúde, no período de 2012 a 2021, no Espírito Santo.



Fonte: SINAN, 2023; E-SUS VS, 2023.

Esse aumento é reflexo do esforço das vigilâncias em saúde do trabalhador municipais, regionais e estadual, na busca ativa e construção de políticas estaduais voltadas para saúde do trabalhador. Contudo, o aumento das notificações por DARTs ainda apresentam baixa completude no campo CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas. No ano de 2022, a completude do campo CNAE foi de apenas 19% (E-SUS VS, 2023). A partir da Portaria SESA Nº 115-R/2022, todas as DARTs passaram a ser de notificação universal no estado do Espírito Santo. Contudo, segundo as notificações por DART em 2022, apenas 13% das unidades básicas de saúde notificaram pelo menos uma DART no período (E-SUS VS, 2023).

5.7.8.3.2 Mortalidade por acidente de trabalho

No período de 2012 a 2020 foram registradas 35.964 Declarações de Óbitos (DO) por causas externas no Espírito Santo, o que representa redução de 6,3% no período (SIM/TABNET/SESA, 2023). Os principais campos de interesse para a Saúde do Trabalhador nas declarações de óbitos são “acidente de trabalho” e a “Ocupação”. O preenchimento do campo “Acidente de trabalho” na declaração de óbito por causas

externas atingiu 16% no ano de 2021 no estado, um aumento de 29,7% desde 2012. Este preenchimento foi maior na região Central/Norte (63%), seguido da região Metropolitana (21%) e apresentou leve redução na região Sul (2,1%).

A completude do campo “Ocupação” nas declarações de óbitos por causas externas sofreu redução de 31%, passando de 70% para 46%, no período de 2012 a 2021. A maior redução foi na região Metropolitana (51%), seguido da Sul (23%), e com leve aumento de completude na região Central/Norte (3%).

Apesar do aumento nas notificações das DARTs é necessário ampliar essas notificações em serviços de saúde específicos, como nas unidades básicas de saúde além de melhorar a qualificação destas informações, principalmente em relação às AIH e DO, proporcionando, desta forma, a qualificação dos Sistemas de Informação do SIH e SIM, respectivamente. Esta será a agenda de trabalho para os próximos anos com vistas a consolidar e fortalecer a Política de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

5.7.8.4 Vigilância Sanitária

Cabe à VISA estadual monitorar e avaliar o desempenho e cooperar com os municípios no cumprimento da fiscalização de requisitos e critérios de competência dos mesmos (estabelecimentos que realizam atividades de baixo e médio risco sanitário e de alto risco, conforme pactuação) e realizar atividades de alto risco sanitário, objeto de pactuação entre Estado e municípios em CIB, sendo necessário buscar a atualização e harmonização das práticas e atividades das ações para o fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária.

Com vista à qualificação da gestão, a VISA tem buscado estabelecer uma política pública desburocratizada, harmonizada, digital e mais fundamentada nas necessidades do cidadão, estabelecendo metas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Em consonância com as atuais diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Anvisa, através da implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade, a Visa Estadual

passará a realizar análises sistemáticas sobre os seus processos de trabalho, ouvindo a população e o setor regulado no processo de levantamento de problemas e planejando suas ações com base a ofertar melhores serviços a todos os que prescindem das suas ações. Atualmente a Visa Estadual conta com 06 (seis) processos com interface 100% digital para a população.

Para monitoramento e classificação dos Serviços de Hemoterapia (SH) a Visa Estadual utiliza o Método de Avaliação de Risco Potencial em Serviços de Hemoterapia (MARP-SH), desenvolvido pela Anvisa. Esse método compila os pontos de controle constante na legislação sanitária vigente, que por sua vez, são pautados nas boas práticas de produção aplicadas ao ciclo do sangue, permitindo a classificação dos serviços de hemoterapia em cinco categorias de risco sanitário. De 2019 a 2022, a classificação de risco “Médio baixo risco potencial” foi a categoria mais prevalente no Estado do Espírito Santo, porém observa-se um aumento nos serviços classificados com “alto risco potencial”. Vale ressaltar que, diante do contexto da pandemia, menos de 50% dos serviços foram inspecionados.

A avaliação do desempenho dos produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária é denominada vigilância pós-comercialização ou pós-uso, abrangendo serviços, alimentos, saneantes, ações de farmacovigilância, hemovigilância, tecnovigilância e cosmetovigilância. A vigilância pós-comercialização se dá através da análise laboratorial dos produtos sujeitos à vigilância sanitária, a qual é realizada em parceria com o Lacen-ES, bem como do acompanhamento das notificações de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) advindas do uso dos produtos e serviços. Entendendo que este é um modelo promissor e que deve ser adotado, a Visa Estadual tem trabalhado para ampliar o escopo de programas de vigilância pós-comercialização/pós-uso por meio da estruturação de programas de monitoramento. Também há necessidade de se trabalhar estratégias que fomentem, junto à sociedade, aumento das notificações de EA e QT, uma vez que, atualmente, tais eventos são subnotificados. Atualmente apenas a

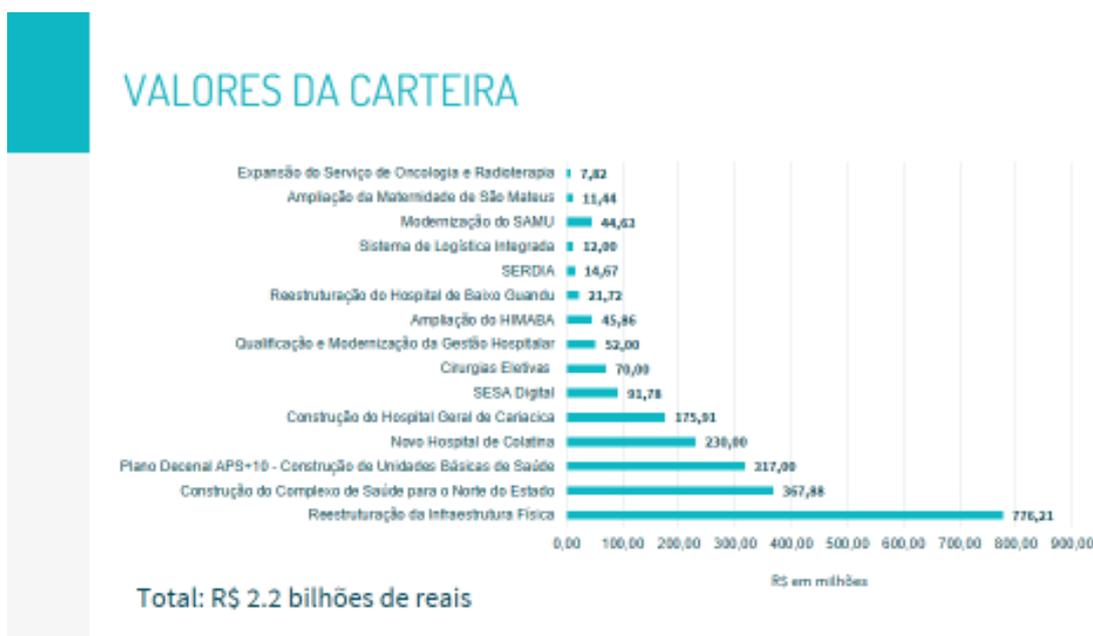
qualidade dos alimentos expostos ao consumo é monitorada de forma conjunta entre as vigilâncias municipais e o Lacen-ES.

Em relação à hemovigilância, de 2019 a 2022 foram reportadas 1455 notificações relacionadas ao uso do sangue e hemocomponentes no sistema Notivisa. De acordo com os dados obtidos, a reação febril não hemolítica e a reação alérgica são as reações transfusionais mais prevalentes. Observou-se uma diminuição de 28,9% no número total de notificações dos eventos adversos ao uso de sangue e hemocomponentes em relação ao período anterior (2013-2018), porém houve um aumento de 55,6% na notificação de quase-erros graves e incidentes graves sem reação. O desafio na área é ampliar as ações para promover a qualificação das notificações dos eventos adversos do ciclo do sangue e estruturar a hemovigilância no Estado.

6. POLÍTICAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

Os desafios elencados para a pasta da Saúde no Planejamento Estratégico de Governo envolvem um grande investimento financeiro para humanizar, revitalizar, reestruturar e modernizar a infraestrutura física e tecnológica da rede assistencial do SUS/ES no âmbito da Atenção Primária e Atenção Especializada, expandindo e qualificando a oferta de serviços. Esses investimentos traduzem a carteira de projetos prioritários da SESA que estão sob monitoramento e gerenciamento sistemático da Subsecretaria de Planejamento e Transparência da Saúde (SSELANTS), conforme figura abaixo:

Figura 11: Carteira de projetos prioritários da SESA e respectivos valores



Fonte: GEP/SSEPLANTS/SESA.

Dentre os projetos prioritários merece destaque o Programa de Reestruturação e Modernização da Rede Física de Saúde. A Rede Estadual é composta por mais de 30 unidades distribuídas em todas as regiões de saúde atendendo a uma população de mais de 4 milhões de habitantes. Essa estrutura demanda adequações e reformas constantes para a devida manutenção da oferta de serviços à população.

Toda a estrutura da SESA foi grandemente impactada pela pandemia de Covid-19 quando houve necessidade de alterações no perfil das unidades, principalmente as unidades hospitalares. A identificação dessas alterações e, conseqüentemente, dos serviços necessários para adequá-las à nova realidade demandaram mudanças tanto no layout dos ambientes quanto nos sistemas elétrico, hidráulico e de tecnologia da informação. Para além deste impacto soma-se o fato de que a maior parte da estrutura da SESA é formada por edificações com mais de 30 anos que foram construídas antes das normativas vigentes ou sofreram alterações, estando em desacordo com as normas que regularizam as construções, o que influencia diretamente na prestação de

atendimento de qualidade à população. Para ordenar e direcionar a reestruturação das unidades de saúde de acordo com as demandas que se colocam, faz-se necessária análise e diagnóstico da rede, consolidando-a no instrumento chamado Plano Diretor Hospitalar.

O Plano Diretor Hospitalar definirá as ações que tornarão as unidades de saúde adaptáveis a curto, médio e longo prazo e será o direcionador da elaboração de estudos preliminares, projetos, vistorias, fiscalização e todos os serviços de apoio administrativo inerentes ao volume de ações que serão empreendidas para reestruturação que proporcionará o melhor atendimento à população assistida pelo SUS capixaba. Esse projeto contará com um volume de recursos de cerca de R\$ 776 milhões de reais para serem executados até 2030.

7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Desde dezembro/2022, a Gerência de Planejamento da SESA deu início ao processo de discussão e elaboração do PES 2024-2027, inclusive com participação do Conselho Estadual de Saúde, em oficinas setoriais de discussão das diretrizes, objetivos e metas do referido plano. Esse processo identificou 5 diretrizes, 15 objetivos e 100 metas que foram validadas junto à alta gestão da SESA e aprovadas pelo CES:

DIRETRIZ 1 - Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.

OBJETIVO 1: Reorganizar e qualificar a Rede de Urgência e Emergência (RUE), em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

OBJETIVO 2: Reorganizar e qualificar a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

OBJETIVO 3: Reorganizar e qualificar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

OBJETIVO 4: Reorganizar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e Agravos Crônicos, em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

OBJETIVO 5: Reorganizar e qualificar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

OBJETIVO 6: Implantar a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

OBJETIVO 7: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado, com foco na Estratégia de Saúde da Família.

OBJETIVO 8: Qualificar as ações da vigilância em saúde na RAVS de forma que a prática da vigilância se incorpore aos serviços de saúde como ferramenta de gestão, com ênfase na promoção da saúde, prevenção e controle de agravos e doenças, regulação de bens e produtos e análise de fatores de risco para a população.

OBJETIVO 9: Assegurar o acesso dos usuários aos medicamentos padronizados no SUS-ES mediante cuidado farmacêutico e atendimento humanizado, promovendo o seu uso racional.

DIRETRIZ 2 – Incorporar e implementar o uso de novas tecnologias, práticas e pesquisas para qualificar a gestão do trabalho e educação e inovação no SUS/ES.

OBJETIVO 1: Fortalecer os processos formativos e educacionais em saúde contextualizados com as demandas territoriais.

OBJETIVO 2: Promover o desenvolvimento científico e tecnológico do SUS fomentando a pesquisa, a inovação e a integração ensino, serviço e comunidade.

DIRETRIZ 3 - Ampliar e adequar a infraestrutura física e tecnológica do SUS para tornar os ambientes mais humanizados, acessíveis e acolhedores.

OBJETIVO 1: Investir recursos financeiros para qualificar a infraestrutura física e tecnológica da rede assistencial do SUS/ES no âmbito da Atenção Primária e Especializada.

DIRETRIZ 4 - Modernizar, qualificar e potencializar a gestão estadual do SUS fortalecendo os processos de transparência, governança, planejamento, regulação, financiamento e descentralização.

OBJETIVO 1: Reorganizar e qualificar a capacidade de gestão institucional da SESA e a governança do SUS.

OBJETIVO 2: Implementar mecanismos de regulação da atenção e regulação do acesso para qualificar a gestão da clínica, otimizar a utilização dos recursos assistenciais e prover acesso em tempo e local oportuno.

DIRETRIZ 5 - Fortalecer a cidadania, a democracia participativa e o controle social do SUS/ES.

OBJETIVO 1: Aprimorar mecanismos de democracia participativa e controle social no SUS.

Em anexo a esse documento, estão detalhadas as metas, indicadores e resultados propostos e priorizados para cada objetivo descrito acima, consolidando-se no que comumente é conhecido pelo acrônimo - DOMI's, que consolidam o planejamento da SESA para o período 2024-2027 e que orientarão todas as ações das diferentes áreas técnicas e diversos serviços da secretaria para esse quadriênio.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

As metas que compõe o presente Plano Estadual de Saúde (PES) serão anualizadas através da Programação Anual de Saúde (PAS) que por sua vez contemplará as ações e suas respectivas previsões orçamentárias, sendo o instrumento de planejamento escolhido para o monitoramento e avaliação do presente Plano, através de ferramenta eletrônica (*Kanboard* ou o que vier a substituí-lo).

O monitoramento e a avaliação se constituem em atividade intrínseca à rotina dos serviços, ações, programas e políticas de saúde, por parte dos gestores e profissionais de saúde envolvidos. São ferramentas em potencial para orientar a tomada de decisão, o que, por sua vez, possibilita o aprimoramento da qualidade da gestão em saúde. O monitoramento da PAS deverá ser contínuo, e de responsabilidade das equipes técnicas proponentes com a supervisão das respectivas chefias imediatas e acompanhamento do GT-GPEGIS - Grupo de Trabalho de Gestão do Planejamento Estratégico e Governança de Informações em Saúde (instituído pela Portaria Nº. 227/2020), tendo como principal característica a constância da observação, orientada para o alcance dos resultados programados.

A avaliação deverá ser executada pelos setores ao final de cada quadrimestre e uma análise qualificada dos resultados parciais alcançados deverá ser disponibilizada em meio eletrônico, através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), no sistema oficial determinado pelo Ministério da Saúde (atualmente DIGISUS/DGMP), dentro dos prazos previstos na legislação vigente. O RDQA subsidiará a elaboração da Prestação de Contas da SESA a ser apresentada à Casa Legislativa, na forma de Audiência Pública, também quadrimestralmente.

Ao final de cada exercício, será elaborado o Relatório Anual de Gestão (RAG), que é o instrumento através do qual são demonstrados os resultados alcançados no cumprimento do presente Plano, verificando-se a efetividade e eficiência na sua

execução. Seu resultado permite que as equipes técnicas reprogramem suas ações e se necessário, proponham os devidos ajustes ao Plano.

Todos os instrumentos de planejamento deverão ser enviados ao Conselho Estadual de Saúde para ciência e especificamente o PES, as PAS's e os RAG's deverão ser obrigatoriamente aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde, incluindo qualquer alteração que se fizer necessário em seu teor.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalização do Plano Estadual de Saúde (PES) do Estado do Espírito Santo é o coroamento de um processo participativo e colaborativo que envolveu diversos atores do corpo técnico da SESA, especialistas da área da saúde e planejamento, gestores públicos e a sociedade civil organizada, esta através da participação no Conselho Estadual de Saúde e na 10ª Conferência Estadual de Saúde. Esse conjunto de esforços resultou em um documento estratégico sólido, fundamentado em diretrizes, objetivos, metas e indicadores definidos para o próximo quadriênio (2024-2027) de gestão da saúde.

A ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde é um compromisso irrevogável, buscando eliminar barreiras e reduzir desigualdades, buscando garantir que cada cidadão tenha acesso igualitário aos cuidados necessários. Alicerçado em indicadores, o plano tem como premissa o monitoramento constante e avaliação de seu desempenho, garantindo a eficiência e eficácia das ações integradas. A transparência e a prestação de contas são valores fundamentais para manter a responsabilidade na gestão dos recursos públicos e, ao mesmo tempo, estimular a melhoria contínua de todo o sistema de saúde.

O Plano Estadual de Saúde abraça o desafio de enfrentar as demandas emergentes da população, tais como o envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas

e a necessidade de respostas ágeis a surtos e pandemias. Para tanto, propõe investimentos em infraestrutura, tecnologia, capacitação profissional e inovação, visando aprimorar a capacidade de resposta do sistema de saúde e garantir uma assistência integral e humanizada.

Este documento reafirma o compromisso do Estado do Espírito Santo em zelar pela saúde de seus cidadãos, colocando a vida em primeiro lugar. A implementação deste plano exigirá a união e o esforço contínuo de todos os envolvidos, para que daqui a 4 anos, seja possível o alcance de resultados concretos, traduzidos na melhoria tangível da qualidade de vida da população do Estado do Espírito Santo.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde).

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Portaria n. 2135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Decreto Federal Nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 14 dez 2023.

BRASIL. PORTARIA GM/MS Nº 913, DE 22 DE ABRIL DE 2022. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Brasília, DF, edição 75-E. 22 de abril de 2022. Seção 1.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA -CFM, Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil, 2020. Disponível em <https://portal.cfm.org.br>

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE-CONASS. Regulação em Saúde, 2011.

ESPÍRITO SANTO. Lei Estadual nº. 11.955 de 16 de novembro de 2023 que dispõe sobre o Plano Plurianual-PPA para o quadriênio 2024-2027 e dá outras providências

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em 14 jun. 2023.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVE - IJSN. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br>. Acesso em 18 mai. 2023.

RAMOS, LÍVIA E POSSA, Lisiane Boer. Saúde em Redes. 2016; 2 (1): 43 – 52.

11. ANEXO - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

DIRETRIZ 1 - Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.

OBJETIVO 1: Reorganizar e qualificar a Rede de Urgência e Emergência (RUE), em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 1051,2037, 2070, 2184, 2191, 2209, 2252, 2325, 2326, 4707.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.6
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 20/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 75, 83, 120, 139, 163, 167,189/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 230, 232, 237, 248.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Aumentar para 90% a ocupação das vagas do Programa Estadual de Atenção Domiciliar.	52,7 (2023)	Percentual de ocupação de vagas no programa.	Percentual	70	80	90	90	90	Percentual
Habilitar 60 leitos de cuidados prolongados em todas as regiões de saúde.	0	Número de leitos de cuidados prolongados habilitados	Número	30	45	60	60	60	Número

DIRETRIZ 1 - Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.

OBJETIVO 2: Reorganizar e qualificar a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 1051,2037, 2070, 2184, 2191, 2209, 2252, 2325, 2326, 4707.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – metas 3.1, 3.2, 3.7.
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 26/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 75, 94, 139, 163, 167/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 213, 214, 223, 232,252,258.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Aumentar para 85,8 a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	74,0	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Proporção	76,3	79,4	82,5	85,8	85,8	Proporção
Reduzir taxa de mortalidade infantil para 7 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos.	10,8	Taxa de mortalidade infantil.	Taxa	10,0	9,0	8,0	7,0	7,0	Taxa
Reduzir em 58% o número de óbitos maternos.	31	Número de óbitos maternos.	Número	28	25	22	18	18	Número
Implantar 62 novos leitos neonatais (37 leitos UNCINco e 25 leitos de UNCINca) em todo o estado.	79	Número de leitos neonatais implantados.	Número	95	111	126	141	141	Número

Realizar expansão da triagem neonatal biológica do teste do pezinho gradualmente até etapa 5 para 95% dos nascidos vivos (etapa 2 em 2024; etapa 3 em 2025; etapa 4 em 2026 e etapa 5 em 2027).	84	Percentual de nascidos vivos triados na etapa correspondente do teste do pezinho.	Percentual	86	89	92	95	95	Percentual
Reduzir a incidência de sífilis congênita para 2,3 casos a cada 1.000 nascidos vivos.	13,2	Taxa de incidência de sífilis congênita.	Taxa	8,5	5,5	3,6	2,3	2,3	Taxa

DIRETRIZ 1 - Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.

OBJETIVO 3: Reorganizar e qualificar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 1051,2037, 2070, 2184, 2191, 2209, 2252, 2325, 2326, 4707.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – metas 3.2, 3.6.
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 01/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 75, 102,109, 139, 156, 163, 167/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 228, 232,258.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Habilitar 92 novas modalidades de atendimento em serviços de referência especializada em reabilitação física, auditiva, visual e intelectual em todas as regiões de saúde.	17	Número de novas modalidades de atendimentos habilitados.	Número	37	58	82	109	109	Número
Conceder 6.000 OPMEs auditivas ao ano nos serviços de reabilitação habilitados.	3200	Número de OPMEs concedidas.	Número	6000	6000	6000	6000	6000	Número

DIRETRIZ 1 - Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.

OBJETIVO 4: Reorganizar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e Agravos Crônicos, em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

Esse objetivo guarda relação com:

* PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 1051,2037, 2070, 2184, 2191, 2209, 2252, 2325, 2326, 2692, 4707.

* Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.4.

* 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 01/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 75, 83, 120, 124, 126, 139, 162, 163, 167, 185, 203/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - proposta 232.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Reduzir para 254,3 óbitos por 100 mil habitantes a taxa de mortalidade prematura por DCNT (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	302,3	Taxa de mortalidade prematura nos principais grupos DCNT /100.000 habitantes.	Taxa	290,3	278,3	266,3	254,3	254,3	Taxa
Iniciar em até 60 dias, a partir do diagnóstico, o tratamento de 100% dos pacientes diagnosticados com câncer no SUS.	33,47	Percentual de usuários diagnosticados com câncer iniciando tratamento em até 60 dias a partir do diagnóstico.	Percentual	100	100	100	100	100	Percentual
Estabilizar em 36,3% a prevalência de obesidade em adultos atendidos no SUS.	36,3	Percentual de usuários adultos com IMC maior ou igual a 30 registrados no SISVAN.	Percentual	36,3	36,3	36,3	36,3	36,3	Percentual

Aumentar em 20% a oferta de tratamento cirúrgico para obesidade grave em adultos no SUS.	729	Número de cirurgias bariátricas realizadas.	Número	749	779	819	875	875	Número
Aumentar para 10% o percentual de dialíticos inseridos no programa de diálise peritoneal.	6	Percentual de dialíticos em diálise peritoneal.	Percentual	7	8	9	10	10	Percentual
Aumentar para 0,68 a razão de exame citopatológico para rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos.	0,55	Razão de exames citopatológicos para rastreamento de câncer de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	Razão	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68	Razão
Aumentar para 0,38 a razão de mamografia para o rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos.	0,18	Razão de exames de mamografia para rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos.	Razão	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	Razão

DIRETRIZ 1 - Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.

OBJETIVO 5: Reorganizar e qualificar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 1051,2037, 2070, 2184, 2191, 2209, 2252, 2325, 2326, 2335, 4707.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.5
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 01/ EIXO II – O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas – propostas 47, 48 /EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 75, 92, 94, 105, 132,139, 163, 167, 203/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 228, 232.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Ampliar a cobertura de CAPS para 0,86 por 100 mil habitantes.	0,68	Razão de cobertura de CAPS por 100.000 habitantes.	Razão	0,73	0,78	0,83	0,86	0,86	Número
Implantar equipes mínimas de saúde mental vinculadas à APS nos 30 municípios que não tem parâmetro para implantação de CAPS.	0	Número de municípios sem parâmetro para CAPS com equipes mínimas implantadas.	Número	10	20	30	0	30	Número
Implantar e habilitar 125 novos leitos de saúde mental em Hospitais Gerais até 2027.	52	Número de novos leitos implantados e habilitados.	Número	83	114	145	177	177	Número

DIRETRIZ 1 - Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.

OBJETIVO 6: Implantar a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 2037, 2070, 2184, 2191, 2209, 2252, 4701.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.8.
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 90,139, 163, 167/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - proposta 232.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Ampliar a cobertura de saúde bucal para 66,8% na Estratégia de Saúde da Família.	34,8	Percentual de cobertura de saúde bucal na ESF.	Percentual	45	55	60	66,8	66,8	Percentual
Implantar 17 novos Centros de Especialidades Odontológicas nas regiões de saúde.	13	Número de Centro de Especialidades Odontológicas implantados.	Número	16	21	25	30	30	Número

DIRETRIZ 1 - Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.

OBJETIVO 7: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado, com foco na Estratégia de Saúde da Família.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 2037, 2070, 2084, 2127.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.8
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Propostas 26, 28, 29, 31, 32, 40/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 74, 85, 92, 94, 104, 120, 123,139, 163, 167, 191/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 221, 225, 228, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 243, 246, 252, 258.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2023	2025	2027		
Ampliar para 90% a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família.	72,3	Percentual de cobertura populacional de ESF.	Percentual	75	80	85	90	90	Percentual
Reduzir para 20% a proporção de internações clínicas por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).	27,3	Proporção de Internações clínicas por condições sensíveis à atenção Básica (ICSAB).	Proporção	21	20,5	20	20	20	Proporção
Alcançar 40% de avaliação multidimensional realizada na população de 60 anos e mais, conforme IBGE.	0,3	Percentual de avaliações multidimensionais realizadas.	Percentual	10	20	30	40	40	Percentual

Ampliar para 100% o número de municípios com adesão à Política de Consultório na Rua.	80	Percentual de municípios com adesão a política.	Percentual	80	90	100	100	100	Percentual
Implantar Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI) nos 5 municípios elegíveis que possuem Unidades Socioeducativas.	0	Número de municípios elegíveis com adesão à PNAISARI.	Número	1	3	4	5	5	Número

DIRETRIZ 1 - Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.

OBJETIVO 8: Qualificar as ações da vigilância em saúde na RAVS de forma que a prática da vigilância se incorpore aos serviços de saúde como ferramenta de gestão, com ênfase na promoção da saúde, prevenção e controle de agravos e doenças, regulação de bens e produtos e análise de fatores de risco para a população.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 1051,2084, 2252, 2961, 4701.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – metas 3.3, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.a, 3.b, 3.d.
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Propostas 26, 28, 29, 31/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 75, 94, 95, 122, 123, 139, 163, 167, 173, 184/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 212, 213, 214, 221, 233, 234, 235, 236, 238, 257.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Implantar e implementar o Plano de Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) nos 17 municípios elegíveis com 6 relatórios anuais entregues.	0	Número de municípios elegíveis com VSPEA implantado e implementado com 6 relatórios entregues no ano.	Número	4	8	16	17	17	Número
Ofertar 4 novos róis de diagnóstico molecular (1 -micobactéria causadora da hanseníase, 2- micobactéria causadora da tuberculose, 3-micobactéria causadora de micobacterioses (MOT), e 4 - IST (sífilis, gonorreia,	0	Número de róis de diagnóstico molecular ofertados.	Número	1	2	3	4	4	Número

clamídia e varicela, incluindo monkeypox).									
Analisar 100% das amostras de água encaminhadas pelos serviços de hemodiálise do estado.	0	Percentual de amostras de água encaminhadas pelos serviços de hemodiálise analisadas.	Percentual	0	30	50	100	100	Percentual
Ampliar para 100% os laboratórios credenciados que atendam as normas pactuadas para exames de diagnóstico e detecção de câncer de colo de útero.	40	Percentual de laboratórios credenciados que atendam as normas pactuadas para exames de diagnóstico e detecção de câncer de colo de útero.	Percentual	50	60	80	100	100	Percentual
Alcançar 100% de homogeneidade na cobertura vacinal em menores de 2 anos de idade, conforme preconizado no Calendário Nacional de Vacinação.	0	Percentual de homogeneidade na cobertura vacinal em menores de 2 anos de idade.	Percentual	70	80	90	100	100	Percentual
Reduzir a taxa de mortalidade por tuberculose para 2 óbitos por 100 mil habitantes.	2,7	Taxa de mortalidade por tuberculose.	Taxa	2,5	2,4	2,2	2	2	Taxa
Aumentar para 90% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase.	61 (2021)	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase.	Proporção	75	80	85	90	90	Proporção
Reduzir para 20% a taxa de letalidade por febre maculosa.	44		Taxa	40	35	30	20	20	Taxa

		Taxa de letalidade por febre maculosa.							
Reduzir para 2% a taxa de letalidade por dengue grave.	2,54	Taxa de letalidade por dengue grave.	Taxa	2	2	2	2	2	Taxa
Alcançar 85% de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	79	Percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	Percentual	80,5	82	83,5	85	85	Percentual
Manter em 11,34% a população acompanhada pelo SISVAN diagnosticada com múltipla carga da má nutrição.	11,34	Percentual da população acompanhada pelo SISVAN diagnosticada com múltipla carga da má nutrição.	Percentual	11,34	11,34	11,34	11,34	11,34	Percentual
Ampliar os Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em 100% dos hospitais do ES.	27	Percentual de hospitais (públicos e privados) com Núcleos de Vigilância Epidemiológica hospitalar implantados	Percentual	46	65	83	100	100	Percentual
Reduzir para 1 a ocorrência de casos novos de Aids em crianças de 0 a 5 anos de idade.	7	Número de casos novos de Aids em crianças de 0 a 5 anos de idade.	Número	4	3	2	1	1	Número

Reduzir para 17,9 a taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre.	19,37	Taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre.	Taxa	19,0	18,6	18,2	17,9	17,9	Taxa
Reduzir 2% ao ano a mortalidade por homicídios da população de 15 a 29 anos.	62,7 (2021)	Taxa de mortalidade por homicídios/agressão da população de 15 a 29 anos.	Taxa	59,0	57,8	56,7	55,5	55,5	Taxa
Reduzir para 7,5 a taxa de mortalidade por homicídio/agressão da população feminina de 10 a 59 anos.	8,5 (2021)	Taxa de mortalidade por homicídios/agressão da população feminina de 10 a 59 anos.	Taxa	8,0	7,8	7,7	7,5	7,5	Taxa
Manter a taxa de suicídio em 6,47 óbitos por 100 mil habitantes.	6,47 (2021)	Taxa de mortalidade geral por suicídio.	Taxa	6,47	6,47	6,47	6,47	6,47	Taxa
Aumentar para 40% o percentual de Unidades Básicas de Saúde notificando as doenças e agravos relacionados ao trabalho.	14	Percentual de UBS notificando DARTs.	Percentual	20	25	30	40	40	Percentual
Aumentar para 90% a investigação de acidentes de trabalho fatais por meio da vigilância de ambiente e processos de trabalho. (Exceto os	0	Proporção de óbitos relacionados ao trabalho investigados	Proporção	60	70	80	90	90	Proporção

ocorridos no trânsito, em domicílio e decorrente de violência).		com realização de inspeção.							
Atingir 90% das notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena com o campo ocupação e atividade econômica preenchido.	52	Percentual de preenchimento dos campos CBO e CNAE nas notificações por DARTs.	Percentual	75	90	90	90	90	Percentual
Alcançar o percentual de 90% no encerramento oportuno das notificações compulsórias imediatas das doenças infectocontagiosas.	76	Percentual de encerramento oportuno das notificações compulsórias.	Percentual	86	87	88	90	90	Percentual
Alcançar 60% de implementação do Sistema de Gestão da Qualidade nos serviços prestados pela Vigilância Sanitária.	1	Percentual de implementação do Sistema de Gestão da Qualidade na Visa.	Percentual	20	30	45	60	60	Percentual
Disponibilizar 90% dos serviços prestados pela Vigilância Sanitária em meio digital.	33	Percentual de serviços da Visa em meio digital disponibilizados.	Percentual	60	70	80	90	90	Percentual
Alcançar 60% dos hospitais públicos estaduais aderindo à prática de notificação em vigilância sanitária.	0	Percentual de hospitais públicos estaduais com Coeficiente de Notificação em Vigilância Sanitária (CNVisa) igual a 1.	Percentual	10	20	40	60	60	Percentual

Alcançar 70% dos serviços de hemoterapia públicos estaduais com classificação de médio-baixo e baixo risco.	28	Percentual de serviços de hemoterapia públicos estaduais com classificação de médio-baixo e baixo risco sanitário.	Percentual	35	50	60	70	70	Percentual
Monitorar anualmente, por meio de análises laboratoriais, 20 tipos de produtos sujeitos à vigilância sanitária, selecionados com base em avaliação de risco.	3	Número de tipos de produtos sujeitos à vigilância sanitária monitorados por meio de análises laboratoriais.	Número	5	10	15	20	20	Número

DIRETRIZ 1 - Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.

OBJETIVO 9: Assegurar o acesso dos usuários aos medicamentos padronizados no SUS-ES mediante cuidado farmacêutico e atendimento humanizado, promovendo o seu uso racional.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 1051,2037, 2070, 2209, 2126, 2692.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.8
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 26/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 69, 139, 163, 167, 180.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Manter e acompanhar o índice de cobertura de medicamentos e fórmulas nutricionais padronizadas do almoxarifado maior ou igual a 97%.	97	Percentual de cobertura de medicamentos e fórmulas nutricionais padronizadas.	Percentual	97	97	97	97	97	Percentual
Ampliar para 80% os processos analisados dentro dos prazos estabelecidos pela GEAF.	70	Percentual de processos analisados dentro dos prazos.	Percentual	72	74	76	80	80	Percentual
Implantar 3 Centros Estaduais de Administração de Medicamentos Especiais (CEAME) e realização de Teste de Provocação Oral (TPO) em todas as regiões de saúde.	0	Número de CEAME e TPO implantados.	Número	0	1	2	3	3	Número

DIRETRIZ 2 – Incorporar e implementar o uso de novas tecnologias, práticas e pesquisas para qualificar a gestão do trabalho e educação e inovação no SUS/ES.

OBJETIVO 1: Fortalecer os processos formativos e educacionais em saúde contextualizados com as demandas territoriais

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 2037, 2070, 2128.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.c.
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Propostas 01, 07, 12, 42/ EIXO II – O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas – proposta 53/ EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – proposta 160/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 214, 215, 223, 225, 228, 230, 232, 237, 238.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Ofertar 7.000 vagas de pós-graduação aos trabalhadores do SUS-ES nas seguintes modalidades: Residências em Saúde; Pós-Graduação Lato Sensu e Aperfeiçoamento Profissional.	1750	Número de vagas ofertadas em cursos de pós-graduação nas seguintes modalidades: Residências em Saúde, Pós-Graduação Lato Sensu e Aperfeiçoamento Profissional.	Número	1750	3500	5250	7000	7000	Número
Qualificar 4.800 trabalhadores de nível médio do SUS-ES de acordo com as demandas territoriais.	233	Número de trabalhadores de nível médio qualificados.	Número	1200	2400	3600	4800	4800	Número

DIRETRIZ 2 – Incorporar e implementar o uso de novas tecnologias, práticas e pesquisas para qualificar a gestão do trabalho e educação e inovação no SUS/ES.

OBJETIVO 2: Promover o desenvolvimento científico e tecnológico do SUS fomentando a pesquisa, a inovação e a integração ensino, serviço e comunidade.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 2070, 2127.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.b.
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Propostas 03, 07, 36, 39/EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 217, 230.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Ampliar em 10% a capacidade de oferta de vagas nos campos de prática da SESA realizadas semestralmente.	3300	Número de vagas de estágio obrigatório ofertadas nos campos de prática da SESA.	Número	3382	3465	3548	3630	3630	Número
Desenvolver 380 pesquisas no âmbito da SESA.	85	Número de pesquisas desenvolvidas.	Número	95	190	285	380	380	Número
Formar 4.000 trabalhadores do SUS-ES como agentes promotores de inovação.	0	Número de trabalhadores formados.	Número	1000	2000	3000	4000	4000	Número

DIRETRIZ 3 - Ampliar e adequar a infraestrutura física e tecnológica do SUS para tornar os ambientes mais humanizados, acessíveis e acolhedores.**OBJETIVO 1: Investir recursos financeiros para qualificar a infraestrutura física e tecnológica da rede assistencial do SUS/ES no âmbito da Atenção Primária e Especializada.****Esse objetivo guarda relação com:**

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 1051, 1092, 1127, 1139, 2037, 2127.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – metas 3.8, 3.c.
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 03/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 78, 82, 84, 149, 191,194/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 213, 224, 230, 231, 235, 237, 238, 246, 248, 258.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Construir o novo Hospital Regional em Colatina.	0 (2023)	Percentual de execução financeira da obra.	Percentual	23	48	75	100	100	Percentual
Construir o Complexo de Saúde Norte do ES em São Mateus.	29 (2023)	Percentual de execução financeira da obra.	Percentual	75	100	-	-	100	Percentual
Concluir a construção do Hospital Geral de Cariacica.	15 (2023)	Percentual de execução financeira da obra.	Percentual	58	80	100	-	100	Percentual
Ampliar em 182 leitos o Hospital e Infantil Maternidade Alzir Bernardino Alves - HIMABA.	7,5 (2023)	Percentual de execução financeira da obra.	Percentual	50	94	100	-	100	Percentual

Ampliar o Hospital João dos Santos Neves em Baixo Guandu.	0 (2023)	Percentual de execução financeira da obra.	Percentual	40	70	100	-	100	Percentual
Cofinanciar a construção de 111 UBS em 52 municípios em todo o estado.	0 (2023)	Número de UBS concluídas.	Número	40	80	111	-	111	Número
Realizar 6 marcos críticos do Plano de Reestruturação da Infraestrutura Física da Rede Própria.	0 (2023)	Número de marcos críticos realizados.	Número	1	3	4	6	6	Número
Implantar e executar 10 subprojetos do Projeto SESA DIGITAL.	0 (2023)	Número de subprojetos implantados e executados.	Número	3	5	8	10	10	Número
Implantar Sistema de Logística Integrada na Assistência Hospitalar e Farmacêutica no âmbito da SESA.	0 (2023)	Número de Sistema Logístico implantado	Número	0	1	1	1	1	Número

DIRETRIZ 4 - Modernizar, qualificar e potencializar a gestão estadual do SUS fortalecendo os processos de transparência, governança, planejamento, regulação, financiamento e descentralização.

OBJETIVO 1: Reorganizar e qualificar a capacidade de gestão institucional da SESA e a governança do SUS.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 2070, 2127, 2191, 2252, 2313.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.8.
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 13/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 80, 88, 113,145, 155, 178, 181, 194, 197, 200, 203/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 219, 236, 256.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Reduzir em 20% o número de decisões judiciais que versem sobre internações clínicas.	1616	Número de decisões judiciais para internações clínicas.	Número	1528	1445	1367	1293	1293	Número
Reduzir em 10% o número de decisões judiciais que versem sobre consultas e exames especializados.	2622	Número de decisões judiciais para consultas e exames especializados.	Número	2554	2487	2423	2360	2360	Número
Acompanhar a regularização das inconformidades em 50% das auditorias regulares que versem sobre prestação de serviços próprios e contratualizados.	0	Percentual de auditorias regulares acompanhadas.	Percentual	50	50	50	50	50	Percentual

Implantar e implementar ferramenta de gestão de custos padronizada em 17 hospitais e serviços da SESA.	0	Número de hospitais e serviços com a ferramenta de gestão de custos implantada e implementada.	Número	4	8	12	17	17	Número
Transferir o gerenciamento de 6 hospitais próprios para a Fundação iNOVA Capixaba.	0	Número de hospitais com gerenciamento transferido para a Fundação iNOVA.	Número	2	3	4	6	6	Número
Attingir e manter a certificação ONA 3 em 4 hospitais filantrópicos estruturantes contratualizados com a SESA (Hospital Rio Doce, Santa Casa de Vitória, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim e Hospital Evangélico de Vila Velha).	1 (2023)	Número de hospitais filantrópicos estruturantes contratualizados com certificação ONA 3.	Número	1	2	3	4	4	Número
Implantar e cofinanciar 8 microsistemas regionais de saúde de AAE de média complexidade.	1 (2023)	Número de microsistemas regionais implantados e cofinanciados.	Número	2	4	6	8	8	Número
Implantar e implementar o Plano Estadual de Dimensionamento de Pessoal em todas as suas fases ano no âmbito da SESA.	0 (2023)	Número de fases do Plano Estadual de Dimensionamento de Pessoal implantadas e implementadas.	Número	2	4	6	8	8	Número

<p>Apoiar 60 setores da SESA na implantação de tecnologias de informação e comunicação que permitam melhorias em suas rotinas internas e apoio à tomada de decisão.</p>	<p>19 (2023)</p>	<p>Número de setores apoiados.</p>	<p>Número</p>	<p>20</p>	<p>40</p>	<p>50</p>	<p>60</p>	<p>60</p>	<p>Número</p>
---	----------------------	------------------------------------	---------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	---------------

DIRETRIZ 4 - Modernizar, qualificar e potencializar a gestão estadual do SUS fortalecendo os processos de transparência, governança, planejamento, regulação, financiamento e descentralização.

OBJETIVO 2: Implementar mecanismos de regulação da atenção e regulação do acesso para qualificar a gestão da clínica, otimizar a utilização dos recursos assistenciais e prover acesso em tempo e local oportuno.

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 2070, 2184, 2191, 2209, 2325, 2720.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.8
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 24/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 71, 81, 83, 84, 125,151, 180, 185, 186, 187, 189, 194, 197, 199, 201, 204, 205/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 224, 230, 231, 243, 248.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Reduzir para até 6 meses o tempo de espera de 100% das cirurgias eletivas com AIHs emitidas.	34	Percentual de cirurgias eletivas com AIHs emitidas realizadas em até 6 meses.	Percentual	40	60	80	100	100	Percentual
Manter em 2 horas o tempo de resposta às solicitações de internação do complexo regulador em hospitais da rede própria.	2	Número de horas para resposta às solicitações de internação do complexo regulador em hospitais da rede.	Número	2	2	2	2	2	Número

Reduzir para 10% a taxa de suspensão de cirurgia.	0	Percentual de suspensão de cirurgia.	Percentual	20	17	15	10	10	Percentual
Alcançar 85% de taxa de ocupação operacional em hospitais da rede própria.	63,40	Percentual de ocupação hospitalar.	Percentual	70	75	80	85	85	Percentual
Reduzir para 5 dias o tempo médio de permanência em leito de internação.	7,2	Número de dias de permanência em leito de internação.	Número	7,0	6,5	6,0	5,0	5,0	Número
Alcançar a proporção de 27 doadores efetivos por milhão de habitantes.	12,4	Proporção de doadores efetivos por milhão de habitantes.	Proporção	18	21	24	27	27	Proporção
Integrar em base única 100% dos sistemas de autorização (AIH e APAC) do SUS/ES dos atendimentos realizados nos 70 hospitais e 48 serviços ambulatoriais.	27,97 (2023)	Percentual de estabelecimentos com sistema de autorização (AIH e APAC) integrados em base única.	Percentual	31,36	33,05	73,73	100	100	Percentual

Reduzir o tempo médio de espera para primeiro agendamento das 4 principais especialidades pediátricas (oftalmologia, neurologia, cirurgia e psiquiatria) para até 90 dias.	296 (2023)	Número de dias de espera para primeiro agendamento de consulta nas 4 principais especialidades pediátricas (neurologia, oftalmologia, psiquiatria e cirurgia).	Número	245	194	143	90	90	Número
Reduzir o tempo médio de espera do agendamento da primeira consulta de ortopedia para até 90 dias.	305 (2023)	Número de dias de espera do primeiro agendamento de consulta de ortopedia.	Número	251	197	143	90	90	Número
Reduzir o tempo médio de espera para primeiro agendamento de consulta de neurologia para até 90 dias.	407 (2023)	Número de dias de espera do primeiro agendamento de consulta de neurologia.	Número	328	249	170	90	90	Número

Reduzir o tempo médio de espera para primeiro agendamento de consulta de oftalmologia para até 70 dias.	232 (2023)	Número de dias de espera do primeiro agendamento de consulta de oftalmologia.	Número	192	152	112	70	70	Número
Reduzir tempo médio de espera para primeiro agendamento dos exames de ressonância magnética, tomografia, endoscopia e colonoscopia para até 60 dias.	138 (2023)	Número de dias de espera do primeiro agendamento de exames especializados.	Número	119	100	81	60	60	Número
Atender 65% das solicitações de concentrado de hemácias (CH) Rh negativos de 20 hospitais atendidos pelo hemocentro coordenador.	47	Percentual de solicitações de concentrado de hemácias (CH) Rh negativo atendidas.	Percentual	50	55	60	65	65	Percentual

DIRETRIZ 5 - Fortalecer a cidadania, a democracia participativa e o controle social do SUS/ES.**OBJETIVO 1: Aprimorar mecanismos de democracia participativa e controle social no SUS**

Esse objetivo guarda relação com:

- * PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 2070, 2719.
- * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem Estar – meta 3.c.
- * 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Propostas 13, 21, 33/ EIXO II – O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas – propostas 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67/ EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 88, 167, 184/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas pessoas - propostas 216, 219, 225, 233, 234, 236.

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2022	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2024-2027	UNIDADE MEDIDA
				2024	2025	2026	2027		
Responder dentro do prazo legal 95% das manifestações individuais e coletivas dos usuários do SUS nos canais de ouvidoria.	92	Percentual de manifestações respondidos no prazo.	Percentual	95	95	95	95	95	Percentual
Implantar e qualificar 60 novas ouvidorias SUS na rede própria, rede contratualizada e rede municipal em todas as regiões de saúde.	12	Número de Ouvidorias implantadas e qualificadas na rede própria, rede contratualizada e rede municipal.	Número	15	30	45	60	60	Número
Implantar e implementar a metodologia NPS para realizar pesquisa de satisfação do usuário em 17 hospitais próprios.	0	Número de hospitais próprios com pesquisa de	Número	8	12	15	17	17	Número

		satisfação implantada.							
Implantar Conselhos Gestores em 100% dos serviços de saúde próprios e contratualizados sob gestão da SESA.	0	Percentual de Conselhos Gestores implantados em serviços próprios e contratualizados.	Percentual	50	70	90	100	100	Percentual
Realizar as 16 Plenárias de Conselho e 8 Conferências de Saúde no período.	2	Número de Plenárias e Conferências realizadas.	Número	4	12	16	24	24	Número
Realizar 124 reuniões anuais para o pleno funcionamento do CES (11 ordinárias e 6 extraordinárias do pleno; 11 reuniões mesa diretora e 96 reuniões das comissões temáticas).	105	Número de reuniões realizadas no ano.	Número	124	124	124	124	124	Número
Promover 12 ações anuais de mobilização social e divulgação do papel do CES.	0	Número de ações realizadas.	Número	12	12	12	12	12	Número
Aumentar para 70% o percentual de Municípios com CISTT implementadas.	9	Percentual de municípios com CISTT implementadas.	Percentual	40	50	60	70	70	Percentual



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

