



RESOLUÇÃO Nº. 1298/2022

O Conselho Estadual de Saúde - CES/ES, no uso de suas atribuições capituladas na Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Estadual Nº 7.964 com as modificações estabelecidas pela Lei Estadual 10.598 de 08 de dezembro de 2017, e Decreto Nº 921-S, de 06 de maio de 2005, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo em 09 de maio de 2005, bem como prerrogativas regimentais, e em consonância às deliberações do Plenário na 237ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de novembro de 2022.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o documento Orientador da 10ª Conferência Estadual de Saúde, conforme anexo.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - O conteúdo desta Resolução, na íntegra, está disponibilizado no endereço eletrônico: www.saude.es.gov.br.

Vitória - ES, 18 de novembro de 2022.

Paulo Roberto Alves Guimarães

Presidente do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES

Homologo a Resolução Nº. 1298/2022 nos termos da Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, de acordo com a delegação contida no Art. 1º, § 1º da Lei Nº. 7.964, de 27 de dezembro de 2004, publicada em 29 de dezembro de 2004.

José Tadeu Marino

Secretário de Estado da Saúde - Respondendo

Anexo

10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE E ETAPA ESTADUAL DA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DOCUMENTO ORIENTADOR ESTADUAL

I- APRESENTAÇÃO

A 10ª Conferência Estadual de Saúde, a realizar-se no primeiro semestre de 2023, coincide também com o período de realização das pré-conferências preparatórias para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, que terá como tema: "Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia", em virtude da referência celebratória aos 35 anos da promulgação da Constituição Cidadã e do Sistema Único de Saúde, a serem comemorados em 2023, com os eixos temáticos:

- I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos;
- II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;
- III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia; e
- IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.



Foi convocada pela Resolução CES-ES nº 1285/2022 e tem por objetivos:

- I - Debater o tema da 17ª Conferência Nacional de Saúde com enfoque na garantia dos direitos e na defesa do SUS, da vida e da democracia.
- II - Reafirmar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, da universalidade, integralidade e equidade para garantia da saúde como direito humano, com a definição de políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- III - Mobilizar e estabelecer diálogos diretos com a sociedade brasileira acerca da saúde como um direito constitucional e da defesa do SUS;
- IV - Garantir a devida relevância à participação popular e ao controle social no SUS, com seus devidos aspectos legais de formulação, fiscalização e deliberação acerca das políticas públicas de saúde por meio de ampla representação da sociedade, em todas as etapas da 17ª CNS;
- V - Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas que atendam às necessidades de saúde do povo brasileiro e definir as diretrizes que devem ser incorporadas na elaboração dos Planos Plurianuais de Saúde, Nacional, Estaduais e do Distrito Federal - 2024-2027, os Planos de Saúde Nacional, Estaduais e do Distrito Federal - 2024-2027 e revisão dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para os anos de 2022 a 2025.
- VI - Construir uma mobilização permanente das forças da sociedade, que parte do monitoramento das deliberações da 17ª CNS, para garantia de direitos sociais e democratização do Estado, em especial, as que incidem sobre o setor saúde.

Assim, o Conselho Estadual de Saúde, considerando a riqueza das questões abordadas no Documento Orientador Nacional que certamente provocará profundos debates nas etapas municipais, regionais e estadual, decidiu por apresentar as contribuições a seguir, onde faz uma análise local sobre a participação popular no SUS com recorte temporal a partir da 9ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em 2019, além de apresentar uma análise detalhada da política de saúde em desenvolvimento no Estado do Espírito Santo, produzidas pela Subsecretaria de Estado de Planejamento em Saúde – SSEPLANTS, chamando a atenção de todos para o importante momento de construção de propostas para construção do próximo Plano Estadual de Saúde e os Planos Regionais de Saúde.

II - O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS PARA SALVAR VIDAS

A 9ª Conferência Estadual de Saúde e a Etapa Estadual da 16.ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2019 foi um importante momento de consolidação da participação popular no Sistema Único de Saúde - SUS, no Espírito Santo. Em seu processo preparatório foram realizadas quatro Etapas Regionais com intensas discussões, que evidenciaram as necessidades e características específicas de cada uma das regiões de saúde. Destaca-se que a maioria dos municípios capixabas realizou as Etapas Municipais, rompendo com uma prática tradicional de realização de fóruns intermunicipais. Na oportunidade, alguns municípios realizaram sua primeira Conferência Municipal de Saúde, nesses trinta e um anos de existência do SUS.

Apesar do movimento registrado em 2019, há um processo de esvaziamento e ausência do trabalho de articulação, notoriamente histórico, entre os segmentos que atuam nos Conselhos de Saúde. Na ausência de fóruns de usuários do SUS e de trabalhadores da saúde, como os existentes em outros estados da federação e ao nível nacional, transformaram este movimento em um episódio pontual e sem energia para avançar nas lutas em defesa do SUS no Espírito Santo.

O início da pandemia da COVID-19 em 2020, acabou por dificultar as possibilidades de avanço no processo de participação popular iniciado nas conferências de 2019, tendo em vista, a necessidade do distanciamento social, gerado pela pandemia desarticulando a grande maioria dos Conselhos de Saúde, que nem sequer conseguiram se reunir. Apenas no segundo semestre de 2020, com a utilização de ferramentas tecnológicas, foi possível a retomada de forma incipiente do



processo de participação popular através de encontros virtuais, que envolveram uma parcela muito pequena de atores sociais em face às dificuldades de acesso e à ausência de recursos tecnológicos adequados. Esse fato trouxe um saldo negativo para o processo de construção da participação popular, visto que, inúmeros conselhos tiveram seus mandatos vencidos, conselheiros se afastaram e não retomaram as suas atividades. O processo de encontro, que sempre foi a característica deste movimento, apenas no início de 2022 começou a ser retomado e novas demandas apareceram para o controle social.

Apesar deste cenário, por outro lado, a pandemia do COVID-19 fez com que a sociedade passasse a reconhecer o Sistema Único de Saúde, sua importância para a vida das pessoas e a necessidade de sua preservação como patrimônio do povo brasileiro. Dessa maneira, vislumbramos partilhar de um ambiente favorável à retomada do engajamento na participação popular, com a sociedade mais ativa, em torno dessa política pública tão importante para a vida das pessoas.

No ano de 2022, o CES-ES começou a contar com apoio do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi, para a criação do projeto de Desenvolvimento de Práticas Inovadoras para a Qualificação da Participação Social. Este projeto é fruto de antigas demandas do conselho, as quais evidenciam a necessidade de uma assessoria técnica para desenvolver métodos de integração dos conselhos à sociedade e promover de maneira efetiva, ações que visam o engajamento da participação social assim como ampliação dos meios de comunicação.

O projeto também surge a partir da demanda de produção de uma memória do CES-ES, de modo que seja um lugar não somente analisado por pesquisas, mas agente produtor de estudos e debates científicos. Assim, o projeto tem como objetivo inovar nas práticas deliberativas e resolutivas em Saúde para uma melhoria nas atividades dos conselhos de saúde no Estado do Espírito Santo. Com esse propósito, tem realizado análises sobre o atual estágio do controle social e da participação social no estado. No âmbito do projeto foram realizadas oficinas regionais com conselheiros municipais de saúde e pesquisa de diagnóstico que trouxe como dados as dificuldades da mobilização social em saúde a partir dos conselhos.

Simultaneamente, a Dra. Ana Targina Ferraz, professora e pesquisadora da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), tem realizado uma pesquisa sobre o impacto das discussões do Conselho Estadual de Saúde através da análise das atas e documentos a partir do ano de 2019. Os resultados preliminares da investigação evidenciam dados semelhantes ao levantados pelo projeto do ICEPi, apontando os seguintes aspectos:

- As pautas de saúde em voga na sociedade estão ausentes nas discussões no âmbito do CES/ES;
- Baixa participação dos conselheiros de saúde nestas discussões e atividades;
- Pouca visibilidade das atividades do CES/ES perante a sociedade, em face da baixa qualidade dos meios de comunicação analisados.

Os desafios para o próximo período são vários, pois, a partir destas carências observadas, o atual momento político demandará dos atores sociais esforços redobrados para responder aos desafios impostos deixados pelas sequelas na pandemia de COVID-19, agravados nos últimos anos pela crise econômica e social do país.

Além disso, são grandes os desafios para que tenhamos um financiamento capaz de favorecer a implantação da saúde universal no Brasil. Espera-se que os conselhos e conferências de saúde sejam espaços onde movimentos sociais, trabalhadores, usuários e gestores do SUS, possam traçar estratégias para superar os grandes desafios da saúde em nosso país, tais como:

- Resgate dos espaços de participação popular no SUS, através do envolvimento voluntário de atores sociais para defesa dos interesses da sociedade;
- Como os movimentos sociais vão se organizar para a produção de pautas nos espaços de participação popular do SUS;



- Envolvimento da sociedade na luta pelo cuidado à saúde, em especial, o Programa Nacional de Imunização, redução dos agravos e mortes decorrentes de fatores relacionados ao trabalho e a atenção aos agravos decorrentes da Pandemia do COVID19;
- Garantia de financiamento adequado para atenção integral e universal a todos os brasileiros;
- Democratização do acesso à comunicação e ambientes virtuais para possibilitar ampliação do exercício da participação popular através dos Conselhos de Saúde.

III - POLÍTICA DE SAÚDE EM DESENVOLVIMENTO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

1. INTRODUÇÃO

A 10ª Conferência Estadual de Saúde e a Etapa Estadual da 17ª Conferência Nacional de Saúde é momento oportuno e único em que o controle social do SUS poderá se manifestar e contribuir para o processo de planejamento do SUS-ES, que estará elaborando no mesmo período o Plano Estadual de Saúde 2024-2027 e, pela primeira vez, os 03 Planos Regionais de Saúde (Regiões Central-Norte, Metropolitano e Sul).

Por mais óbvio que nos pareça, depois de 32 anos de implantação e do seu reconhecimento pela sociedade brasileira e pelo mundo como o maior sistema de saúde público e universal, que construiu equidade no acesso à saúde, melhorou significativamente os indicadores de saúde da população (vide dados disponibilizados), ainda enfrentamos desafios para sua consolidação e ameaças à sua continuidade como o sistema de saúde definido na Constituição Cidadã para os brasileiros.

Para pensar proposições para as políticas públicas de saúde é indispensável entender o conceito de produção social de saúde, que norteia as bases legais de SUS e a organização do seu modelo de funcionamento.

Na construção desse modelo, é preciso considerar, além dos serviços de saúde propriamente ditos, os determinantes da condição de saúde da sociedade, bem como entender cada pessoa como sujeito ativo de seu processo saúde/doença. Fatores genéticos, ambientais, comportamentais, trabalho, renda, habitação, transporte, lazer e cultura são tão importantes para nossa condição de saúde quanto a qualidade e o acesso em tempo oportuno aos serviços de saúde propriamente ditos.

Nessa trajetória, o SUS-ES vem se construindo num processo de avanços e melhorias contínuos, mas enfrenta desafios similares aos da agenda nacional, ao tempo em que busca soluções criativas que consolidem e ampliem os resultados já alcançados.

Por ser construído de modo tripartite (União, Estados e Municípios) e solidário, tudo que afeta os outros 02 entes afeta também a gestão estadual. Questões relativas ao (sub)financiamento, gestão e política de pessoal para os trabalhadores do SUS, acesso integral e com equidade aos serviços de saúde, dentre outros, são aspectos importantes a serem considerados nos espaços das conferências de saúde que se realizarão nos próximos meses.

Nas próximas páginas, apresenta-se um panorama sintético da situação de saúde da nossa população, das medidas de gestão em andamento para consolidar e ampliar esses resultados e dos desafios a serem superados pelos gestores e trabalhadores do SUS, com a indispensável participação da sociedade, apontando-nos suas necessidades, diretrizes para o planejamento e execução das políticas públicas e efetiva participação no processo de produção social da saúde.

2. ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA - COVID 19

O ano de 2020 trouxe um novo desafio à gestão estadual, o advento da pandemia de Covid-19 e a necessidade de adoção de medidas de enfrentamento que impuseram uma série de limitações para o desenvolvimento da rotina assistencial, seja em relação aos serviços, aos recursos disponíveis e à própria atenção à saúde da população. Um novo cenário se desenhou, caracterizado



por medidas de isolamento/distanciamento social, trabalhadores/profissionais em home-office, priorização das ações e remanejamento de servidores para atividades relacionadas à pandemia, além de outras medidas necessárias.

Diante de uma nova doença que se disseminou rapidamente por todo o mundo, o Brasil careceu de uma coordenação nacional capaz de articular os 03 entes federados nas medidas de gestão necessárias para o enfrentamento da pandemia.

Estados e municípios se articularam em torno de suas entidades nacionais - CONASS e CONASEMS - e muitas vezes, de forma individualizada, construíram suas soluções para o enfrentamento da pandemia, para prover os recursos assistenciais ao crescente número de infectados, enquanto não se vislumbravam possibilidades efetivas de controle por meio da imunização em massa.

Neste cenário, o governo estadual, desde o início de 2020, ainda quando a doença circulava na China e Europa, desencadeou um conjunto de medidas de gestão para o enfrentamento da pandemia, mobilizando toda a rede de serviços e gestores municipais do SUS-ES, cabendo destacar:

- Aquisição e manutenção de respiradores;
- Adequações Físicas na rede hospitalar própria para expansão de leitos hospitalares;
- Ações de Fortalecimento da Assistência;
- Oferta de Leitos exclusivos para Covid-19 (Rede própria, filantrópica e contratualizadas);
- Inquéritos Sorológicos e testagem ampliada;
- Agenda de resposta rápida para Atenção Primária a Saúde - ARRAPS;
- Gestão da Transparência da Informação;
- Normatização de Medidas Sanitárias.

É necessário destacar que as estratégias de enfrentamento da pandemia também oportunizaram agilidade na construção de novos serviços, ampliação de leitos, fortalecimento da vigilância em saúde, ampliação da transparência e da comunicação com a sociedade, incorporação ágil de novos recursos tecnológicos de interação e comunicação, encurtando tempos e distâncias no desenvolvimento das estratégias estabelecidas.

GRAVIDADE DA PANDEMIA (DADOS ES EM 23-10-22):

- ✓ Nº de casos – 1.216.942 (55.038 profissionais de saúde)
- ✓ Internações – 76.638 (6,3% dos casos, sendo 26.573 – 34,7% das internações – em UTI)
- ✓ Óbitos – 14.287 (1,22% dos casos)

3. PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE

Indicadores de saúde são essenciais para se conhecer a realidade de saúde, servindo de parâmetro norteador para o planejamento, avaliação e adequação de ações e políticas de atenção à saúde da população.

A seguir, alguns indicadores para que seja possível maior compreensão da realidade de saúde de nosso Estado.

3.1 - MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil é um indicador que representa o número de crianças que morreram antes de completar um ano de vida a cada mil crianças nascidas vivas no período de um ano. A finalidade de acompanhamento desse indicador está relacionada à avaliação da assistência ao pré-natal, atendimento ao parto e nascimento e a qualidade da atenção à saúde ofertada a crianças, de 01 ano de idade.

Dado	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total Nascidos Vivos	53.419	55.848	56.723	54.934	53.771	52.435

Total de óbitos < 1 ano	614	587	596	572	520	565
Taxa Mortalidade Infantil	11,5	10,5	10,5	10,4	9,7	11,1

3.2 - MORTALIDADE MATERNA

Esse indicador é medido pelo número absoluto de óbitos maternos - mortes de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez. O monitoramento desse indicador permite avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto.

Dado	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total Óbitos Maternos	31	44	41	29	41	52

3.3 - MORTALIDADE POR ACIDENTES

O indicador de monitoramento é a taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre, que mede o número de óbitos de residentes por acidentes de transporte terrestre (CID 10:V01 a v89), para cada 100.000 habitantes, contribuindo, esse indicador para o seu monitoramento.

Dado	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total óbitos	849	935	767	762	764	790
Taxa	21,37	23,28	19,31	18,96	18,80	19,23

3.4 - MORTALIDADE POR AGRESSÕES

O indicador de monitoramento é a taxa de mortalidade por agressão ao ano, que mede número de óbitos por agressão (homicídios - incluindo intervenções legais- CID 10: X85-Y09 e Y35-36) de residentes por localidade para cada 100.000 habitantes, contribuindo para monitorar o risco de morte por agressão e dimensionar a sua magnitude como problema de saúde pública, além de expressar as respostas da assistência médica dispensada e a qualidade do registro das ocorrências.

Dado	2017	2018	2019	2020	2021
Taxa de mortalidade por agressão	39,0	29,3	26,2	31,2	30,5

3.4 - SÍFILIS CONGÊNITA

O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade e expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita.

Dado	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total Casos Confirmados	673	709	604	465	422	598

3.5 - HANSENÍASE

Um dos indicadores da hanseníase é a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados. Sua relevância reside no fato de que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Possibilita avaliar a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta.

Dado	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Proporção de cura de casos novos	94%	91%	94%	92%	91%	77%

* resultado parcial em função de adaptações necessárias no e-SUS VS ainda em curso

3.6 - TUBERCULOSE

Um dos indicadores da tuberculose é a taxa de incidência, ou seja, número de casos novos diagnosticados de tuberculose de todas as formas em determinado local e período/ 100.000 habitantes. Este indicador aponta a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis* que se transmite de um indivíduo a outro, principalmente a partir das formas pulmonares da doença. Taxas elevadas de incidência de tuberculose estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios. Outro fator a ser considerado é a cobertura de vacinação pelo BCG. Pode apresentar aumento da morbidade quando há associação entre tuberculose e infecção pelo HIV.

Dado	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Taxa de incidência	26,9	28,3	31,8	31,4	32,0	35,5

3.7 - DENGUE

Um dos indicadores de monitoramento da dengue é a taxa de letalidade por dengue grave, medida pelo número de óbitos por dengue grave proporcionalmente ao total de casos graves. Esse indicador contribui para o monitoramento da mortalidade por dengue.

Série histórica da letalidade de dengue, ES, 2014 a 2022*				
ANO	CASOS NOTIFICADOS	CASOS GRAVES CONFIRMADOS	TOTAL DE ÓBITOS	LETALIDADE TOTAL
2014	25035	430	22	5,12
2015	45145	606	32	5,28
2016	55221	623	24	3,85
2017	12390	181	18	9,94
2018	16848	497	17	3,42
2019	81451	2508	46	1,83
2020	44306	295	11	3,73
2021	15270	82	2	2,44
2022*	10.421	121	2	1,65

*Dados consolidados até a semana epidemiológica 23 - 2022

3.8 - CÂNCER

Três indicadores serão destacados:

- Percentual de usuários diagnosticados com câncer iniciando tratamento em até 60 dias a partir do diagnóstico.
- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.
- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.

O indicador "Percentual de usuários diagnosticados com câncer iniciando tratamento em até 60 dias a partir do diagnóstico" tem por objetivo monitorar o tempo de início do tratamento oncológico nos pacientes com neoplasia maligna comprovada no Sistema Único de Saúde do ES. Seu acompanhamento possibilita identificar possíveis entraves que estejam postergando o início do tratamento e comprometendo o prognóstico do paciente, bem como, permite intervenções durante o percurso assistencial para a garantia do acesso ao tratamento. Além disso, monitorar este indicador possibilita a qualificação dos dados nos sistemas de informação para a vigilância do câncer.

Dado	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Percentual de usuários com início de tratamento em até 60 dias	46,4	51,5	51,6	39,6	46,1	45,5

A Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária, mede a proporção de mulheres com idade entre 25 a 64 anos atendidas na atenção primária que realizaram 01 exame citopatológico do colo do útero no intervalo 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária estimadas do município. Contribui na avaliação da oferta de exames preventivos para câncer do colo do útero para a população feminina. A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos, no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos.

Dado	2017	2018	2019	2020	2021
Razão de exames citopatológicos	0,46	0,47	0,53	0,27	0,37

A Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária mede o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Contribui na avaliação da oferta de exames de mamografia para a população feminina. É preconizada a realização de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.

Dado	2017	2018	2019	2020	2021
Razão de exames de mamografia	0,32	0,31	0,34	0,16	0,18

3.9 - COBERTURA VACINAL

Até 2015 o estado alcançava coberturas adequadas para as vacinas de rotina do calendário das crianças menores de 2 anos de idade (BCG, poliomielite, pentavalente, rotavírus, pneumocócica 10, meningocócica C, febre amarela e tríplice viral). 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 das coberturas vacinais das crianças no país e no estado não foi diferente. Houve redução das coberturas vacinais nos anos 2016 e 2017 e embora em 2018 apresentasse alguma recuperação, não atingimos as metas preconizadas pelo MS. A partir de 2018, observa-se redução progressiva dessas coberturas vacinais.

Um dos fatores que colabora com o processo de vacinação em nosso Estado é o comprometimento e a competência das equipes técnicas do Programa Estadual e Regional de Imunizações e Atenção Primária em Saúde, bem como das referências municipais.

Mas existem fatores que dificultam o avanço desse processo de vacinação: estrutura de RH insuficiente nos municípios para a execução das ações de vacinação, acesso insuficiente aos serviços de vacinação (horário de atendimento reduzido, dias de atendimento de segunda à sexta-feira e em alguns municípios salas de vacinação centralizadas), comunicação insuficiente à população sobre a importância e segurança das vacinas, apresentação de algumas vacinas limitando a oferta das mesmas diariamente, ou seja, frascos multidoses com tempo de validade curto, grande rotatividade de profissionais nos serviços de vacinação, baixa cobertura de ESF em determinados municípios, fragilidade no processo de trabalho de busca ativa de não vacinados ou com esquema incompleto, em alguns municípios. Um aspecto que requer reflexão é o quanto problemas gerados por fake news, negacionismo sobre a efetividade das vacinas, recusa de vacinas por um pequeno grupo populacional bem como a desinformação da sociedade sobre eventos adversos pós vacinação podem ter contribuído nessa redução da cobertura vacinal não só no Espírito Santo com no país.

Coberturas vacinais do ES

Coberturas vacinais em crianças, menores de 2 anos, no período pré e durante a pandemia Covid -19, Espírito Santo, 2015 a 2022*.

Vacinas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022**
BCG	102,26	90,61	91,93	99,98	90,10	78,40	84,48	76,01
Rotavírus Humano	98,00	91,78	85,05	93,64	88,70	81,71	77,14	79,73
Meningococo C	99,66	94,01	83,23	89,55	90,46	84,34	79,03	78,60
Penta	99,62	92,14	82,26	89,83	66,36 ¹	87,30	77,83	76,39
Pneumocócica	99,93	95,64	90,15	96,32	91,76	86,21	80,90	84,96
Poliomielite	99,39	89,28	83,22	90,95	86,68	81,59	77,53	76,26
Febre Amarela	-	-	61,95	73,87	70,89	64,67	67,40	64,63
Hepatite A	94,01	78,10	73,57	88,57	91,96	83,02	75,32	77,36
Tríplice Viral D1	99,04	104,31	83,79	95,47	95,01	85,93	80,93	88,28

Fonte: sipni.datasus.gov.br. ¹Desabastecimento pentavalente. ²Dados parciais 2021. Destaque em azul claro para coberturas abaixo da meta. ³Dados parciais, fonte híbrida: SIPNI e Vacina e Confia em 10/10/2022. BCG e Rotavírus meta 90%, demais 95%.



4. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NO SUS-ES

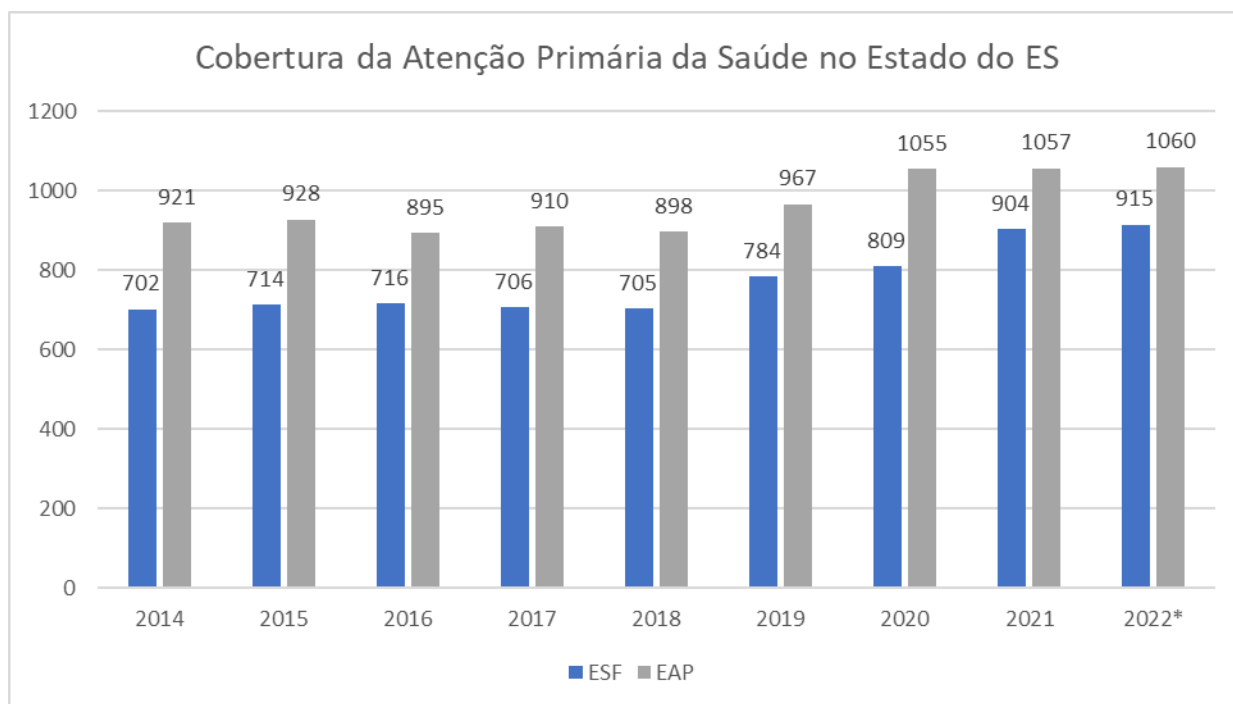
4.1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

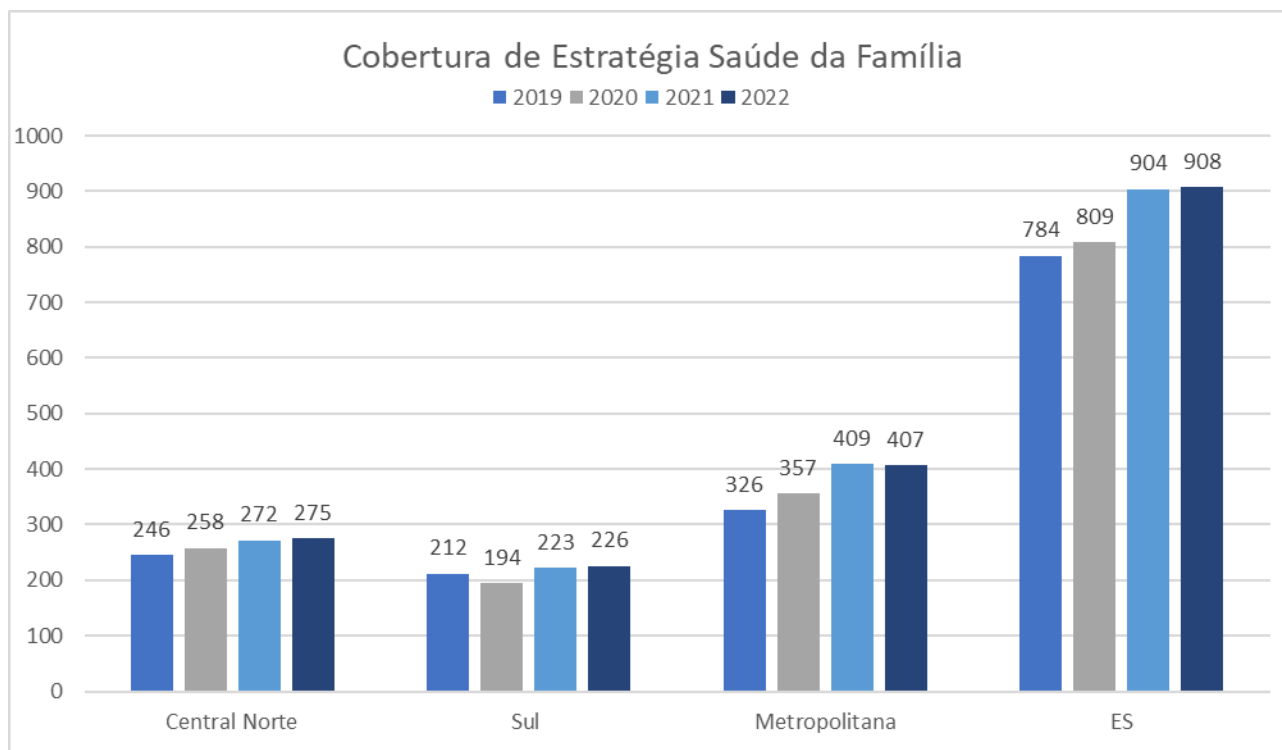
A Atenção Primária em Saúde – APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a



redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade.

A seguir, demonstra-se a evolução da cobertura de APS no Estado, a partir do número de equipes em atuação:





O Ministério da Saúde alterou a fórmula de cálculo da cobertura de Estratégia de Saúde da Família a partir de 2021, em função do novo financiamento da APS – Previne Brasil. Vale destacar, que antes do Previne Brasil, a cobertura populacional utilizava os dados de população do IBGE e atualmente é utilizada a população cadastrada em cada município/região/estado. O Estado do ES preconizou o uso de população de 3.500 pessoas por equipe de ESF para o método de cálculo de cobertura de ESF. Por esse método, em julho/2022, com total de 915 equipes de ES, a cobertura alcançou 77,9% da população.

Em termos de cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, o Estado conta com 582 equipes, o que perfaz cobertura de 45,4% da população, sendo: Região Metropolitana – 258 equipes, 35,2%; Região Central Norte – 187 equipes, 60,7% e Região Sul – 137 equipes, 59,7%. Os dados disponíveis sobre a cobertura populacional são de dezembro/2021 (último dado disponível no e-Gestor).

Saúde Bucal

Número de equipes de SB na ESF – ES e Regiões



Região	Dez. 2018	Dez. 2019	Dez. 2020	Dez. 2021
Central Norte	135	159	189	187
Sul	111	126	138	137
Metropolitana	13	204	237	258
ES	429	489	564	582

Uma potente estratégia de fortalecimento da APS no Estado é o Plano Decenal de Atenção Primária à Saúde - PLANO SUS APS +10, instituído pelo Decreto Nº 5010-R/2021, com vigência para o período de 2022 a 2032. Está organizado em programas e políticas nas seguintes áreas: infraestrutura da rede de Atenção Primária à Saúde, tecnologia da informação e informática em saúde, reestruturação da rede de centros de informação e vigilância, educação permanente e de formação de especialistas para o SUS, cofinanciamento e microrregionalização da Atenção Ambulatorial, qualificação da Atenção Primária em Saúde, qualificação da gestão das Redes de Atenção e Vigilância em Saúde e saúde ambiental e promoção à saúde.

4.2 - ATENÇÃO PRÉ – HOSPITALAR

O SAMU 192 alcançou, ainda no primeiro quadrimestre de 2022, cobertura de 100%, com bases descentralizadas em todos os 78 municípios do Estado. Essa expansão tem custo estimado de 39 milhões, com cofinanciamento pactuado entre SESA e municípios, com participação de 60% de recursos estaduais e 40% de recursos municipais. A frota de ambulâncias tem um total de 112 veículos, sendo 90 USB (Unidade de Suporte Básico) e 22 USA (Unidade de Suporte Avançado).

4.3 - ATENÇÃO HOSPITALAR

Na atenção hospitalar, entre outros avanços, tem-se que destacar:

- a conclusão da obra e funcionamento de 65 novos leitos, novo pronto socorro e heliponto no Hospital Estadual de Urgência e Emergência.
- no HINSG foi implantado o serviço de referência em Epidermolise Bolhosa na área física do antigo PS. A referência de Fibrose Cística foi instalada no Pronto Socorro (onde funcionava o atendimento do Pronto Socorro/COVID a partir do dia 18/10/2021). Os atendimentos para Osteogênese imperfeita, Doenças Lábio Palatais e Asma Grave estão funcionando no ambulatório geral. Foi concluída construção da cabine de resíduos e as obras de reparo do telhado estão em andamento.
- no HIMABA foi operacionalizada a nova ala assistencial em maio de 2021, inicialmente para atendimento a pacientes COVID adulto, sendo 52 leitos de enfermaria e 30 leitos de UTI. Em setembro de 2021 foi alterado o perfil assistencial dos leitos, retornando para o perfil, sendo os leitos destinados ao atendimento pediátrico.
- na Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro, foi realizada a adequação e modernização do espaço físico: 40 leitos de retaguarda, área da Urgência e Emergência e CME.
- no Hospital Doutor Dório Silva foram realizados: Reforma do telhado, reparos gerais e instalação dos elevadores para nova UTI.

- no HEMOES, foi realizada a reforma do prédio e as melhorias na rede elétrica.
- no CREFES - Reforma geral da piscina, da quadra e da rede elétrica em andamento.

Outro fator a ser destacado, como um dos legados da pandemia foi a ampliação de leitos. Para enfrentar a demanda reprimida de cirurgias eletivas está em desenvolvimento o mutirão de cirurgias eletivas.

Abaixo são apresentados os dados relativos a esses avanços:

Ampliação de Cirurgias Eletivas



MUTIRÃO CIRURGIAS ELETIVAS

Serviço	2021
Rede Própria	15.761
Rede Contratualizada	29.306
Rede Credenciada	9.948
TOTAL GERAL	55.015

Especialidades: Oftalmologia, ginecologia, oncologia, cirurgia geral e pediátrica, ortopedia, bucomaxilo facial, torácica, plástica, mastologia, cardiologia, urologia, neurologia, otorrinolaringologia, odontologia, proctologia, aparelho digestivo, vascular, cabeça e pescoço e pequena cirurgia

- 13 hospitais próprios
- 14 hospitais contratualizados
- 04 hospitais credenciados

Fonte: SSIAS/SESA – Dados preliminares, sujeitos a alterações

Ampliação de Leitos SUS



Tipo	Janeiro 2019	Dezembro 2021	Diferença
Cirúrgico	1.616	1.396	- 220
Clínico	1.973	2.499	+ 526
Complementar	631	1.230	+ 599
Obstétrico	671	698	+ 27
Pediátrico	610	594	- 16
Outras Especialidades	204	192	- 12
Hospital/DIA	86	77	- 09
TOTAL	5.791	6.686	+ 895

Fonte: GERAS/SSERCAS/SESA – dados extraídos do CNES

Ampliação de Cirurgias Eletivas



NOVO MUTIRÃO CIRURGIAS ELETIVAS

122.842 cirurgias em 2022

Especialidades: Oftalmologia, ginecologia, oncologia, cirurgia geral e pediátrica, ortopedia, bucomaxilo facial, torácica, plástica, mastologia, cardiologia, urologia, neurologia, otorrinolaringologia, odontologia, proctologia, aparelho digestivo, vascular, cabeça e pescoço e pequena cirurgia

- 12 hospitais próprios
- 17 hospitais conveniados/credenciados

Fonte: SSAS/SESA

5. ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO NO SUS-ES

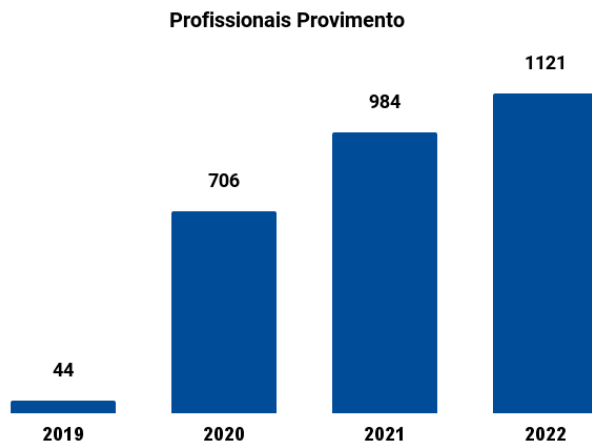
5.1 - ICEPi - Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação

O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) é uma instituição de ciência e tecnologia, criada em 2019 e estruturada em cumprimento da diretriz inserida pela Emenda Constitucional nº 85/2015, que introduziu na Constituição Federal o dever do Estado na promoção da inovação e determinou ao Estado a adoção de políticas públicas destinadas a incentivar, além do desenvolvimento científico, a pesquisa e a capacitação científica e tecnológica. Um dos principais objetivos do instituto é 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 Sistema Único de Saúde.

O ICEPi vem desenvolvendo 13 programas, dentre os quais destacam-se:

- PROGRAMA ESTADUAL DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (QUALIFICA-APS): objetiva qualificar e aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo a cooperação entre o Estado e os municípios, por meio do recrutamento, formação, remuneração e supervisão de profissionais. Esse programa tem como componentes:

a) Provimento e Fixação de Profissionais: tem como principal objetivo ampliar e melhorar o acesso à saúde da população, qualificando a assistência municipal e diminuindo a desigual distribuição territorial de profissionais da saúde por habitante. O ICEPi seleciona, forma e supervisiona profissionais da saúde, que atuam diretamente na Atenção Primária à Saúde por meio da cooperação entre o Estado e os municípios. Os profissionais têm seu processo de formação baseado em metodologias inovadoras de ensino, com carga horária dedicada para atividades práticas, assistenciais e teóricas, como treinamentos e pesquisas.



b) Residências em Saúde: Este componente tem o objetivo de promover a qualidade de ações em saúde para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) capixaba por meio de uma formação especializada de profissionais. Com 12 Programas de Residência nas áreas médicas e multiprofissionais, o ICEPi promove atividades práticas de abordagem de temas como competência do cuidado, gestão, investigação e educação em saúde, com o conhecimento dos diferentes cenários da rede de saúde.

c) Apoio Institucional: é uma estratégia de gestão compartilhada com objetivo de apoiar e qualificar os processos de trabalho em parcerias com gestores e trabalhadores dos municípios, além de desenvolver melhorias na gestão municipal para organização dos serviços e promoção da integração em Redes de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS). A atuação do Apoio Institucional busca uma Atenção Primária mais resolutiva, acolhedora e que garanta direitos. Para isso, os profissionais selecionados orientam e apoiam os municípios no desenvolvimento das estratégias de investimentos que estão sendo promovidas pela gestão estadual com base na inovação, qualificação e modernização das práticas de cuidado, acesso com qualidade e responsabilização sanitária.

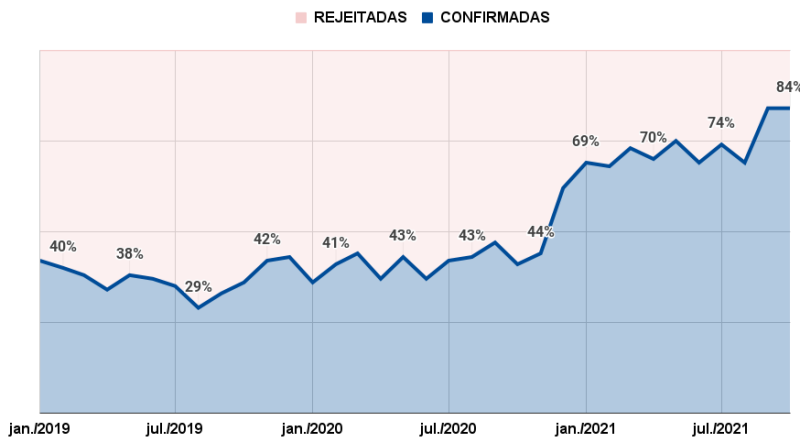
- PROGRAMA DE GESTÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (PGAQ): busca garantir o acesso ágil e qualificado aos leitos hospitalares, às consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais aos usuários da rede hospitalar no Espírito Santo.

Fazem parte do programa os seguintes projetos: estruturação dos Núcleos Internos de Regulação Hospitalar (NIR), Medicina Hospitalista, estruturação de Escritórios de Gestão de Alta, implantação de Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente, Autorregulação Formativa Territorial (ARFT).

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) tem como objetivo otimizar o acesso e giro dos leitos hospitalares para atender a um maior número de pacientes.

No gráfico abaixo, é possível ver que houve um aumento das reservas confirmadas nos leitos hospitalares. Em janeiro de 2019, apenas 40% das reservas eram confirmadas, mas em outubro de 2021 o índice chegou a 84%.

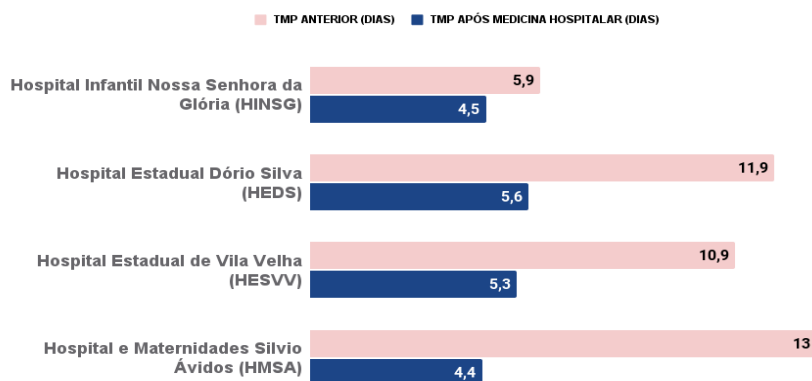
Percentual de Reservas de Leitos Hospitalares



A Medicina Hospitalista consiste no acompanhamento dos pacientes do momento em que dão entrada no hospital até a alta. A atuação é focada na qualidade assistencial e na segurança do usuário, além da otimização de recursos e aplicação de modelos de gestão eficientes. O projeto tem interface direta com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) e com o Escritório de Gestão de Altas (EGA). É uma inovação no processo de cuidado ao paciente clínico hospitalizado, buscando para maior eficiência, qualidade e segurança no atendimento aos usuários da rede. No projeto, os médicos são especializados no cuidado a pacientes internados, centralizando sendo os cuidados no paciente, na família e no trabalho em equipe.

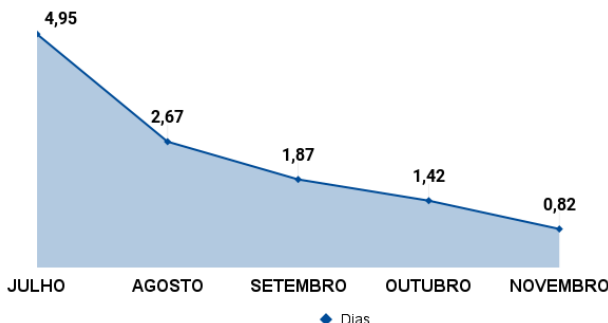
Um dos resultados do projeto foi a diminuição do Tempo Médio de Permanência (TMP) dos pacientes nos hospitais, como pode ser observado no gráfico ao lado.

Tempo médio de Permanência (TMP) de pacientes



O Escritório de Gestão de Altas (EGA) é pioneiro no Espírito Santo e tem o objetivo principal de garantir a alta segura para o paciente. Cada EGA possui quatro membros que as formam em cada unidade: um médico, um enfermeiro, um auxiliar administrativo e um assistente social. Um dos impactos positivos do projeto é a redução dos riscos de infecção, já que a permanência no hospital diminuiu. Isso é possível com a diminuição do Tempo Médio de Resolução de Pendências, que acelera a alta do usuário.

Tempo Médio de Resolução de Pendências (2021)



O projeto da Autorregulação Formativa Territorial T foi instituído em junho de 2020 com o objetivo de facilitar o acesso do cidadão às consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais, e com isso, diminuir o tempo de espera e oferecer um atendimento mais qualificado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo de ARFT 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 em conjunto, de forma mais adequada e agilizada. Os 78 municípios estão inseridos no projeto com mais de 1.000 unidades de saúde participantes e mais de 10.000 profissionais capacitados.

- PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E ESTÍMULO À INOVAÇÃO APLICADAS À SAÚDE (PROTICSUS): desenvolve e implanta soluções em tecnologia da informação e comunicação para dar suporte à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Espírito Santo. Soluções implantadas: e-SUS APS PEC Multimunicipal, Tecnologias Educacionais (Sistema de Gestão Acadêmica - SGA, Ensino a Distância - EaD), Vigilância em Saúde (**Viana Vacinada, Vacina e Confia, Agendamento online RT-PCR**) e Painéis de Indicadores e Gestão.

- PESQUISA: O ICEPi desenvolve e apoia a execução de projetos de pesquisa e é responsável por coordenar as pesquisas no âmbito da Secretaria de Estado de Estado da Saúde do Espírito Santo, regulamentando procedimentos para que os próprios servidores possam contribuir com o desenvolvimento da pesquisa científica em saúde. Outro foco do instituto são as análises, registros e autorizações para a realização de pesquisas externas vinculadas a Instituições de Ensino Superior no âmbito do SUS e que estão sob gestão da SESA, além da prospecção de parcerias com outras instituições para execução de projetos de pesquisas de interesse comum.

- PROJETO LAB SUS+JUSTIÇA: Tem a finalidade de assegurar o atendimento adequado e no tempo certo aos usuários que demandam acesso ao direito à saúde por meio do Sistema de Justiça.

- PROJETO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: Tem por objetivo ampliar a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) capixaba e possibilitar o engajamento de atores e lideranças populares na educação em saúde.

- PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS INOVADORAS PARA QUALIFICAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE: Em parceria com o Conselho Estadual de Saúde, o projeto tem como objetivo desenvolver e consolidar instrumentos e práticas gerenciais voltados à inovação para qualificar a participação popular na saúde, abordando três eixos principais: comunicação social, análise de políticas públicas e formação de conselheiros e sociedade.

5.2 - REGIONALIZAÇÃO

A Regionalização deve ser a base para a organização das redes de atenção à saúde e tem por objetivo a descentralização assistencial e gerencial, do processo de planejamento, programação e avaliação de desempenho do SUS nas Regiões de Saúde, para garantir o acesso do usuário ao sistema perto de onde vive, possibilitar a racionalização de gastos e a otimização na aplicação dos recursos financeiros, com ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional, sempre pautada no atendimento às necessidades dos usuários.

A Região de Saúde é o espaço político no qual se dão as relações intermunicipais do SUS, mas, sobretudo, o território de uma população que é a base de cálculos para o planejamento em saúde, não só para cálculos de recursos financeiros e administrativos, mas, também, estratégias que promovam cogestão, governança, sentimento de pertencimento, de identidade, relações de complementaridade, compartilhamento de problemas e interesses.

O Plano Diretor de Regionalização - PDR é um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência à saúde baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Fundamenta-se na "conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões [...] do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. (MS, 2002).

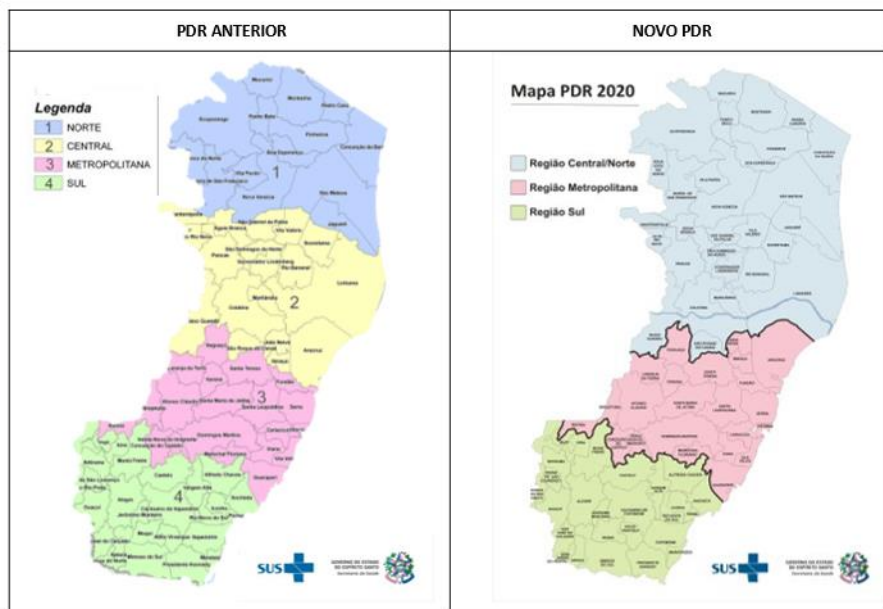
Considerando as necessidades apontadas no processo de implementação da Auto Regulação Formativa Territorial foi estabelecida uma nova regionalização da saúde no Espírito Santo e o PDR passou a contar com três Regiões de Saúde a partir de dezembro/2020. Basicamente houve uma integração da antiga Região Central com a Norte, passando a ser denominada Região Central/Norte; sendo que os municípios de Aracruz, João Neiva e Ibirapu que antes compunham a Central, agora fazem parte da Região Metropolitana.

Essa alteração foi aprovada nas quatro Comissões Intergestores Regionais- CIR e homologada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB/SUS-ES (resolução CIB-ES nº 153/2020)

REGIÃO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
CENTRAL NORTE	29 Municípios: Água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Colatina, Conceição da Barra, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Jaguaré, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Mateus, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Pavão, Vila Valério	981.551
METROPOLITANA	23 municípios: Afonso Cláudio, Aracruz, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Ibirapu, Itaguaçu, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória	2.440.320

SUL	26 municípios: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado, Vargem Alta	686.637
-----	---	---------

Desenho da Revisão do Plano Diretor de Regionalização



5.3- PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é uma estratégia para promover a articulação entre as esferas federativas e consiste em um processo contínuo, coordenado, integrado e interdependente que expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre os gestores que abrangem uma macrorregião de saúde. Esse processo visa promover a equidade regional e o planejamento ascendente do Sistema Único de Saúde (SUS), expressando as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando como princípio a análise dos planos de saúde, a organização das RAS, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional. Este processo acontece no âmbito da região de saúde tendo como base as necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e pactuado, monitorando e avaliado pelas Comissões Intergestores Regionais – CIR. O PRI também fornecerá subsídios para a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2024-2027.

No Espírito Santo essa estratégia está em curso no âmbito do Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde: Regionalização, numa parceria entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), a Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho

Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Este projeto se insere na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) uma vez que se propõe a fomentar a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito das macrorregiões, favorecendo o avanço na diretriz de regionalização prevista no arcabouço legal do SUS.

Essa estratégia está sendo coordenada pela Subsecretaria de Atenção à Saúde (SSAS) e sendo operacionalizada por meio de um Grupo Condutor Estadual (GCE) e dos Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM) da Metropolitana, da Central Norte e da Sul. Esses grupos tem representação da SESA nível central, superintendências regionais e municípios. Atualmente estão na fase de elaboração do Diagnóstico Situacional das Regiões de Saúde e a perspectiva é que no ano de 2023 seja realizada a proposição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores para cada um dos Planos Regionais de Saúde.

5.4 – FINANCIAMENTO

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, 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. (www.pensesus.fiocruz.br/financiamento)

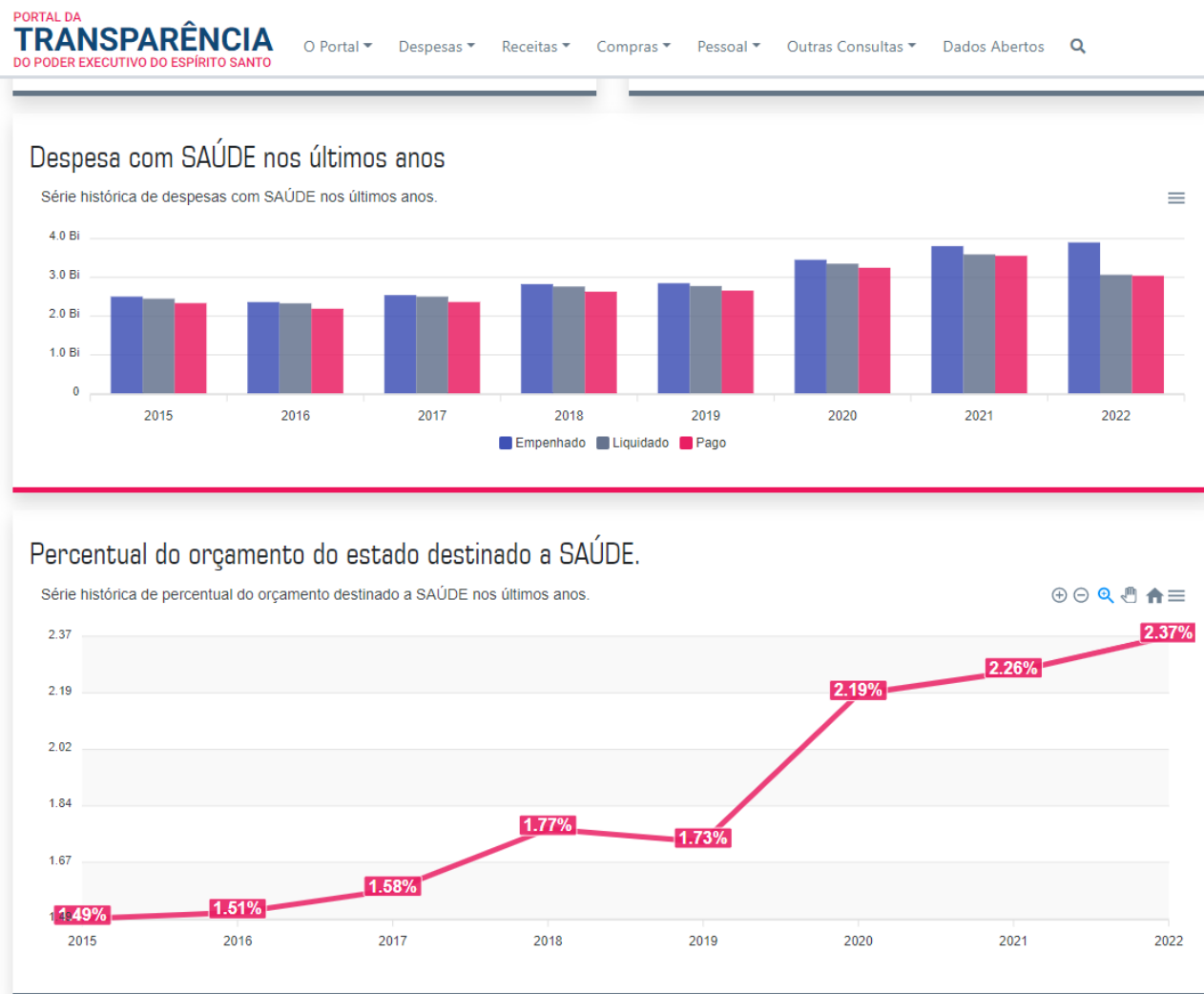
Recursos Orçamentários SESA – 2019 a 2021

FONTE	2019 – Aplicação (LC 141/2012) – 17,56%*	
	DOTAÇÃO INICIAL	TOTAL EMPENHADO
Recursos Próprios	1.908.353.923,00	2.197.847.861,85
Recursos Federais	671.732.168,00	642.684.136,80
Outras	10.820.000,00	8.555.750,21
TOTAL	2.590.906.091,00	2.849.087.748,86
FONTE	2020 - Aplicação (LC 141/2012) – 16,66%*	
Recursos Próprios	2.072.415.750,00	2.259.260.571,65
Recursos Federais	636.186.001,00	1.124.107.472,00
Outras	7.530.001,00	71.077.622,13
TOTAL	2.716.131.752,00	3.454.445.665,78
FONTE	2021 - Aplicação (LC 141/2012) – 14,51%*	
Recursos Próprios	2.006.425.539,00	2.620.476.514,71
Recursos Federais	677.123.600,00	1.151.946.144,34
Outras	6.191.400,00	25.554.846,48
TOTAL	2.689.740.539,00	3.797.977.505,53

*Fonte: Siops/consulta em 03/11/2022

A planilha demonstra a evolução do orçamento da SESA-ES, com a composição do aporte de recursos próprios do Estado e da União (federal). 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 deve retornar a patamares similares ao ano de 2019, representando aproximadamente 30% dos gastos (os demais 70% são recursos próprios estaduais).

Os gráficos abaixo demonstram a evolução do financiamento do SUS-ES entre 2015 e 2022 (os dados de 2022 são parciais). Esses dados e outros estão disponíveis no Portal de Transparência do Poder Executivo do ES – www.transparência.es.gov.br. Outras informações mais detalhadas sobre o financiamento do SUS-ES podem ser obtidas nas Prestações de Contas quadrimestrais do gestor estadual, disponíveis em www.saúde.es.gov.br/prestacao-de-contas.



6. OUTROS PROJETOS EM CURSO NO SUS-ES

6.1 – CONSTRUÇÃO DO COMPLEXO DE SAÚDE NORTE



Estrutura física que comportará Hospital Geral com 260 leitos, novo Centro Regional de Especialidade, nova Farmácia Cidadã Estadual, novo Hemocentro Regional e nova sede da Superintendência Regional de Saúde.

Será construído por meio da contratação de operação de crédito externo junto à Corporação Andina de Fomento – CAF.

6.2- CONCLUSÃO DO HOSPITAL GERAL DE CARIACICA

A obra do hospital está em execução, com previsão de término em 2024 e contará com: pronto-socorro clínico e cirúrgico, UTI, maternidade de alto risco e cuidados intensivos neonatais, ambulatório de especialidades - clínica médica, neurologia, nefrologia, cardiologia, cirurgia geral e cirurgia de cabeça e pescoço.

6.3- INFRAESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Esse é um dos projetos que integram o Plano Decenal de Atenção Primária à Saúde - PLANO SUS APS +10 e tem o propósito de cofinanciar a construção de 117 Unidades de Saúde em 54 municípios do Estado. Esse projeto já está em andamento em 2022 e está cofinanciando 100 obras (Unidades de Saúde) em 47 municípios.

6.4 - IMPLANTAÇÃO DE POLOS REGIONAIS – ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Esse é um dos projetos que integram o Plano Decenal de Atenção Primária à Saúde - PLANO SUS APS +10 relativo ao cofinanciamento e microrregionalização da Atenção Ambulatorial, por meio da implantação de 14 polos regionais: 04 na Região Central-Norte, 03 Polos na Região Sul, 07 na Região Metropolitana/Grande Vitória. Nesses polos serão microrregionalizadas 21 especialidades médicas (consultas e exames).

ASSINATURAS (2)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

PAULO ROBERTO ALVES GUIMARAES

ASSESSOR ESPECIAL NIVEL III QCE-01

GS - SESA - GOVES

assinado em 18/11/2022 16:20:01 -03:00

JOSÉ TADEU MARINO

SECRETARIO DE ESTADO

SESA - SESA - GOVES

assinado em 18/11/2022 16:47:41 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 18/11/2022 16:47:41 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)

por MARIANA FORNACIARI FAVARATO (ASSISTENTE SOCIAL - QSS - CES - SESA - GOVES)

Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2022-D6KM4P>