2020 2023 Plano Estadual de Saúde

SUS

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2020 - 2023

Vitória – ES
2019

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2020 - 2023

Apresentação do Plano Estadual de Saúde – 2020/2023 aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo – CES/ES, em 29 de novembro de 2019 - Resolução Nº. 1.138

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Subsecretaria de Estado da Assistência em Saúde

GLEIKSON BARBOSA DOS SANTOS

Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde

JOSÉ TADEU MARINO

Subsecretaria de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

RAFAEL GROSSI GONÇALVES PACÍFICO

Subsecretaria de Estado de Administração e Financiamento de Atenção a Saúde

QUELLEN TANIZE ALVES DA SILVA

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **11**
INTRODUÇÃO **14**
1 - Analise Situacional 16
1.1 Aspectos Demográfico, Socioeconômico Ambiental e Cultural 16
1.2 Aspectos Epidemiológicos 18
1.2.1 Carga global de doenças GBD. Espírito Santo – 2017 18
1.2.2 Das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória 20
1.2.3 Das Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANT´s 29
1.2.4 Morbidade Hospitalar 37
1.2.5 Mortalidade 38
1.3 Vigilância das populações expostas a contaminantes químicos VIGIPEQ (SOLO, AR, QUIMICA). 44
1.4 Vigilância Sanitária 46
1.5 Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis 50
1.6 Sistemas de Apoio à Vigilância em Saúde 52
2 - Caracterização do SUS – ES **53**
2.1 Gestão de Pessoas 53
2.1.1 Recursos Humanos 53
2.1.2 Educação Permanente em Saúde 54
2.2 Atenção à Saúde 55
2.2.1 Regionalização 55
2.2.2 Rede de Atenção à Saúde – RAS 57
2.2.2.1 Rede Materno Infantil 57
2.2.2.2 Rede de Urgência e Emergência 59
2.2.2.3 Rede de Atenção Psicossocial 60
2.2.2.4 Rede de Cuidado de Pessoas de Deficiência 61
2.2.3 Atenção Primária da Saúde - APS 62
2.2.4 Atenção Ambulatorial Especializada 65
2.2.5 Atenção Hospitalar 67
2.2.6 Assistência Farmacêutica 69
2.3 Regulação 71
2.4 Participação Social e Transparência 72
2.4.1 Controle Social 72
2.4.2 Ouvidoria e Transparência 73
2.5 Financiamento 73
DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS – PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – 2020-2023 **80**
REFERÊNCIAS 103
ANEXOS 104
I -Resolução N° 1138/2019 – Aprova as Diretrizes, Objetivos e Metas do Plano Estadual de Saúde 2020/2023 **106**
II -Plano Plurianual (PPA) - Lei Nº 11.095 - PPA 2020-2023. 109
III -Plano Estadual de Prevenção e Controle do SARS CoV2 (COVID-19) 117
IV -Informe Epidemiológico nº. 07 - Novo Coronavírus – COVID 19 152

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

RADC	Redes de Atenção às Doenças Crônicas
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SERP	Sistema Estadual de Registro de Preço
SESA	Secretária de Saúde do Estado do Espírito Santo
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISSOLO	Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado
SRS	Superintendências Regionais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Serviços de Terapia Renal Substitutiva
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UPAS	Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços
VIGISSOLO	Vigilância em saúde de populações expostas a áreas com solo contaminado
VIGIAGUA	Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VIGIAR	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos
VIGIPEQ	Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos
VISA	Vigilância Sanitária

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Situação nutricional da população acompanhada pelo PBF, 2018.
Quadro 2: Principais causas de óbito segundo faixa etária e capítulo da CID 10. ES,2018
Quadro 3: Distribuição de Pessoas com Deficiência por Região

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Ranking das principais causas de mortes ocorridas no Espírito Santo nos períodos de 1998 e 2018
Tabela 2: Causas de óbitos de mulheres em idade fértil segundo causas externas - ES. 2012 a 2018
Tabela 3: Comparativo de cobertura por Estratégia Saúde da Família e cobertura por Atenção Básica (incluindo a ESF), no mês de dezembro dos anos de 2015 e 2019 (início e final do PES 2016-2019).
Tabela 4: Comparativo de cobertura por Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e cobertura por Saúde Bucal na Atenção Básica (incluindo SB na ESF), no mês de dezembro dos anos de 2015 e 2019 (início e final do PES 2016-2019).
Tabela 5: Situação da implantação NASF-AB no ES, por tipo, em dezembro de 2019.
Tabela 6: Comparativo percentual por estratos de certificações nos 3 ciclos PMAQ no ES.
Tabela 7: Equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde em 2019, por meio de acordo tripartite e cobertura possível estimada por região de saúde.
Tabela 8: Quantidade e distribuição das unidades hospitalares no Estado por natureza jurídica
Tabela 9: Quantidade de leitos hospitalares por região e percentual de leitos por 1.000 mil habitantes.
Tabela 10: Transferência do Fundo Nacional de Saúde - FNS ao Fundo Estadual de Saúde - FES entre os anos de 2016 a 2018.
Tabela 11: Valor empenhado do orçamento inicial SESA, Espírito Santo, 2016-2018.
Tabela 12: Transferências do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde nos anos de 2016 a 2018.
Tabela 13: Percentual de aplicação de recursos próprios no ES no período de 2015 a 2018, conforme a LC 141/12.
Tabela 14: Recursos Próprios/Hab/Ano - Pelo Conjunto de Municípios e Estados na Região Sudeste.
Tabela 15: Distribuição de recursos financeiros de MAC por Região de Saúde no ES.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide Etária 2010 - Projeção 2020.
Figura 2: Expectativa de vida – ES, 1990 a 2018.
Figura 3: Carga global de doenças GBD. Espírito Santo – 2017.
Figura 4: DALYs - Anos potenciais de vida perdidos ou vividos com incapacidades, segundo sexo. Espírito Santo, 2017
Figura 5: Nº casos e incidência de sífilis congênita/1000 NV. ES - 2006 a 2018
Figura 6: Série histórica de casos notificados, segundo ano, ES, 1995-2019. *Dados consolidados até a 44ª SE de 2019
Figura 7: Mapa da circulação viral da dengue, ES, Novembro de 2019.
Figura 8: Municípios com casos humanos confirmados de Febre amarela 2017-2018
Figura 9: Mortalidade Precoce (30 a 69 anos) por DCNT – ES 2014 a 2018.

Figura 10: As 10 principais causas de morte e variação percentual entre 2007 e 2017.
Figura 11: As 10 principais causas de incapacidades – 2017.
Figura 12: Rede Hospitalar Cirurgia Bariátrica.
Figura 13: Notificações dos agravos relacionados ao trabalho. ES, 2012 a 2018
Figura 14: Morbidade hospitalar proporcional pelas dez primeiras causas, segundo Cap. CID-10, de residentes no Estado do Espírito Santo 2018.
Figura 15: Mortalidade Materna / 100 mil NV – ES 2010 a 2018.
Figura 16: Mortalidade infantil nos componentes neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal e infantil – ES 2010 a 2018.
Figura 17: Mortalidade infantil segundo Regiões de Saúde de residência. ES 2010 a 2018.
Figura 18: Número absoluto de óbito infantil e óbito fetal – ES 2010 a 2018.
Figura 19: Distribuição percentual comparativa dos riscos potenciais dos serviços de hemoterapia avaliados nos anos de 2015 a 2018, segundo a categorização do MARP-SH/ANVISA.
Figura 20: Cobertura vacinal das crianças menores de 1 ano de idade segundo imunobiológico. ES - 2011 a 2018.
Figura 21: Cobertura vacinal tríplice viral e hepatite A das crianças com 1 ano de idade - ES, 2011 a 2018.
Figura 22: Mapa das Regiões de Saúde definidas no PDR 2011.
Figura 23: Aplicação de recursos próprios no ES no período de 2014 a 2018, conforme a LC 141/12.

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde, gestora do SUS no ES, apresenta o Plano que vai direcionar as ações da saúde pública estadual entre os anos de 2020 - 2023.

O momento atual do país nos coloca diante de um cenário de graves ameaças à sustentação e consolidação do SUS como o maior sistema público e universal de saúde do mundo.

O subfinanciamento crônico, particularmente no âmbito federal – associado a situações de ineficiência na utilização dos recursos -, o atraso tecnológico, as dificuldades de consolidação da Atenção Primária a Saúde - APS como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso à rede de serviços aliada às incertezas do novo modelo de financiamento e qualificação das equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF, as fragilidades da regulação do acesso, dentre outros, são desafios que precisam ser enfrentados.

Na apresentação do Planejamento Estratégico de Governo, o governador Renato Casagrande registrou: *"... foi este o compromisso que assumimos com os capixabas, durante a campanha eleitoral: fazer do Espírito Santo referência em inovação e sustentabilidade, incorporação de tecnologia na gestão pública e promoção do equilíbrio social e regional."*

Transpor este compromisso para a agenda estratégica da SESA, gestora do SUS-ES, é o principal objetivo das diretrizes e metas deste plano, que traduz nosso empenho para superar o atual contexto e implementar avanços na provisão de uma saúde pública de qualidade.

O diagnóstico preliminar da área da saúde elaborado ainda na transição de gestão (2º semestre de 2018) já apontava alguns novos caminhos, que podem ser sintetizados nos 04 desafios elencados no Planejamento Estratégico de Governo realizado em março de 2019:

1. Ampliar e adequar a infraestrutura física e tecnológica do SUS para torná-los ambientes de acesso resolutivo e acolhedores aos usuários;

2. Reorientar o modelo da atenção e de vigilância em saúde, tornando a atenção básica mais resolutiva e integrada com a atenção especializada;

3. Modernizar e qualificar a resolutividade clínica e a gestão dos serviços de saúde;

4. Incorporar e desenvolver novas tecnologias e práticas de formação profissional, de inovação de ambientes produtivos em saúde e pesquisa aplicada ao SUS.

A partir destes desafios, iniciamos a implantação de muitas medidas estruturantes já em 2019 para criar as condições objetivas de execução do projeto de governo para a saúde:

- Criação da Fundação Inova-Saúde – a iNOVA é uma fundação estatal pública de direito privado não orçamentada e subordinada diretamente à SESA, com o objetivo de administrar a rede de serviços próprios da mesma por meio de contratos de gestão focados na prestação de serviços com

metas assistenciais quali-quantitativas, reorientando os esforços da SESA prioritariamente nas macrofunções de gestão;

- Criação e implementação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), como uma unidade administrativa integrante da estrutura da SESA, a nível de subsecretaria, caracterizado como Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação e como Escola de Governo em Saúde, cabendo-lhe a formação, o desenvolvimento de pessoal e a pesquisa básica ou aplicada, de caráter científico e tecnológico, destinados a aumentar a eficácia e a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS e à valorização dos trabalhadores do SUS. Ao longo de 2019 o ICEPi executou diversas ações nesta direção, e o PES 2020-2023 detalha o aprofundamento desta agenda.

- Formulação, pactuação e início da implantação do Programa Estadual de Regulação Formativa Territorial – reorientação da regulação assistencial baseada na oferta/demanda para uma regulação baseada na gestão da clínica e na interação e vínculo entre profissionais e serviços da APS, AAE e atenção hospitalar;

- Políticas de cofinanciamento (em regulamentação ou já implantadas) por meio de transferência de recursos estaduais aos municípios, visando fortalecer a regionalização e descentralização da gestão, dentre elas o cofinanciamento da AAE, cofinanciamento do SAMU-192, cofinanciamento do Programa Melhor em Casa;

- Programa de Qualificação e Modernização da Gestão Hospitalar, com um conjunto de intervenções na infraestrutura da rede própria, readequação do perfil dos hospitais na rede de saúde e modelagem da nova contratualização;

- Um conjunto de inovações tecnológicas para aumentar a eficiência, efetividade e transparência das políticas públicas e dar sustentabilidade aos projetos assistenciais e de fortalecimento da gestão, dentre os quais o e-SUS VS, implantado ainda em 2019 e o novo software de regulação;

Nosso mapa estratégico, construído ao longo de 2019 e apresentado a seguir traduz sinteticamente esta agenda da gestão e nossos compromissos com a sociedade capixaba.

O desafio de implementação destas e outras agendas estratégicas deve nortear nossa trajetória. É indispensável consolidar o movimento de descentralização/regionalização da gestão, construindo continuamente uma relação solidária com os municípios capixabas e sua representação institucional, o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS-ES.

Nossa expectativa é que o Plano Estadual de Saúde 2020-2023, mais que um instrumento normativo, seja efetivamente utilizado pelas equipes de saúde e Gestores do SUS como ferramenta de gestão para a operacionalização das metas e dos resultados esperados pela população capixaba.

Enfim, novamente transcrevendo o Senhor Governador:

> *"Dizem que o futuro não é o que se tem; é o que se ousa. E nós estamos determinados a ir ao limite da ousadia para aproveitar a janela de oportunidades que se abriu para o Espírito Santo com a crise nacional. É com essa disposição que nos dedicamos a produzir um plano de trabalho factível, responsável e adequado às demandas dos capixabas. Um plano construído sob a égide do diálogo, da transparência e da ética. Um plano que atende às necessidades do momento, mas que olha adiante, para um futuro em que paz, saúde, segurança e prosperidade estejam ao alcance de todas as regiões e de todas as famílias capixabas. Este é o sentido e o objetivo do nosso Planejamento Estratégico 2019- 2022."*

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Estado da Saúde

INTRODUÇÃO

A construção do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 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 tem como centralidade o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, com base na construção de territórios de saúde ascendentes e resolutivos conforme sua complexidade, buscando perceber as necessidades e especificidades regionais no momento de análise e das proposições de Metas para este período e 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 9ª Conferência Estadual de Saúde (que aconteceu concomitantemente com a Etapa Estadual da 16ª CNS), realizada no período de 29/05 a 01/06/2019, bem como, as propostas aprovadas nas Etapas Regionais preparatórias à 9ª CES.

Para não se dissociar da agenda integrada do SUS e também das diretrizes estratégicas do governo que se inicia, buscamos 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 no primeiro semestre de 2019, onde foram definidos os 04 desafios descritos na apresentação pelo Senhor Secretário.

A partir destes desafios, foi construída uma carteira de projetos estruturantes (qualificação da gestão) e finalísticos (resultados para a sociedade). A carteira contempla 12 projetos prioritários, com 42 entregas, totalizando um montante de R$ 1.000.000.000,00 (um bilhão de reais) e a ampliação de 900 leitos (novos e substitutivos), integralmente incorporada ao PES ao longo da sua construção.

A elaboração do PES se deu a partir de um amplo debate com a equipe da SESA, por meio do processo de Qualificação da Gestão – apoiado pelo projeto do CONASS de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, para a elaboração do Plano Estadual de Saúde. Nesse processo foram definidas as 05 diretrizes norteadoras para a construção do PES 2020-2023. São elas:

Diretriz 1 - Organizar a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde e seus arranjos locorregionais, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

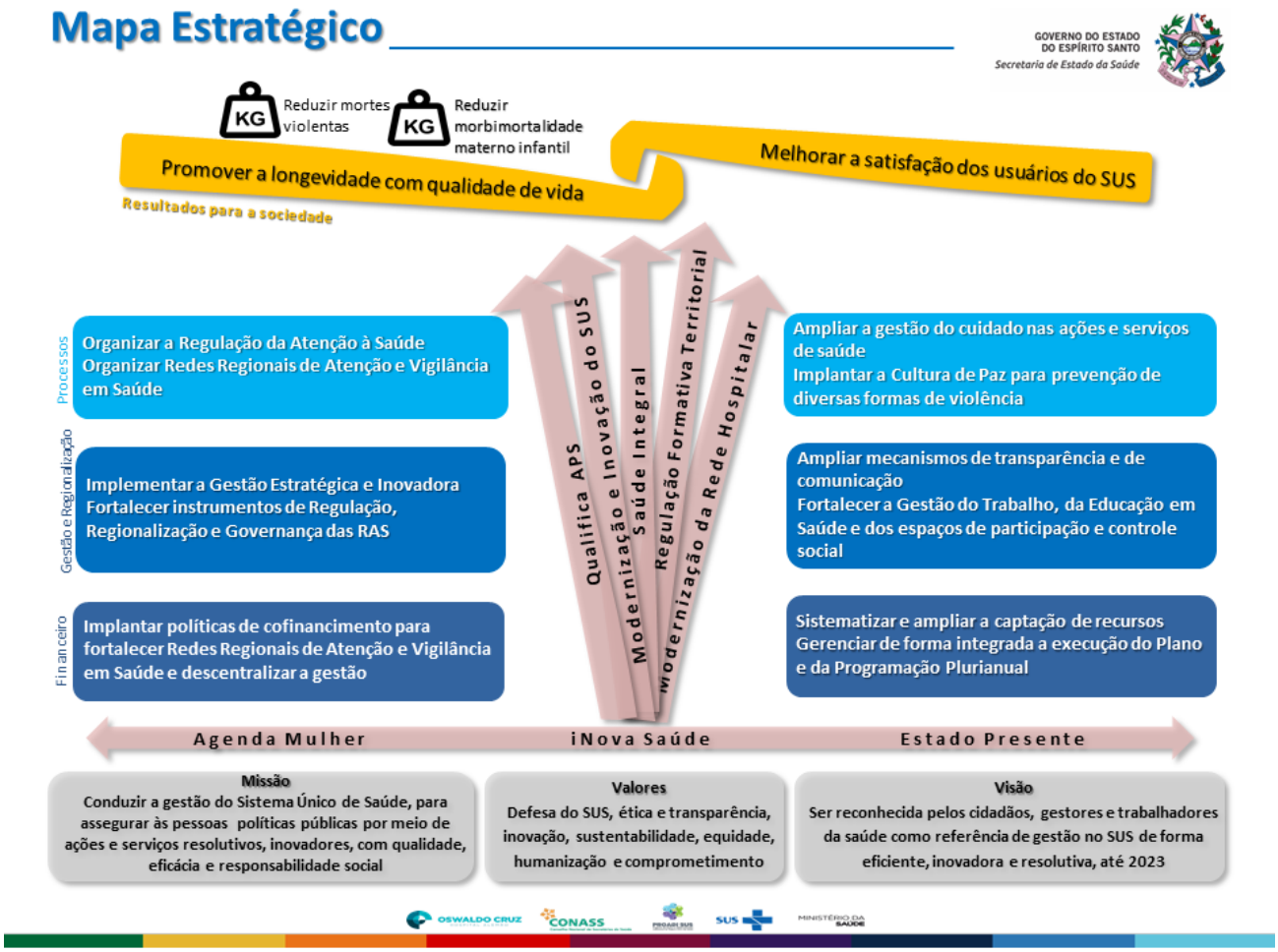
Diretriz 2 - Incorporar e desenvolver novas tecnologias e práticas de provimento e formação profissional, de inovação em ambientes produtivos em saúde e pesquisa aplicada ao SUS.

Diretriz 3 - Modernizar e inovar a Gestão do SUS-ES, fortalecendo o pacto interfederativo, com foco em resultados para a sociedade.

Diretriz 4 - Implementar a Política Estadual de Regulação, Controle e Avaliação do SUS-ES, propiciando processos inovadores, sistêmicos e contínuos.

Diretriz 5 - Promover o fortalecimento da cidadania, da democracia participativa e do controle social do SUS-ES.

O processo de planejamento foi marcado pela necessidade de harmonizar os instrumentos de planejamento e gestão: o PES 2020 – 2023 em andamento, a Plano Plurianual – PPA 2020 – 2023, a Programação Anual de Saúde - PAS 2020, e ainda alinhar ao Planejamento Estratégico do governo do estado e à 9ª Conferência Estadual de Saúde. Culminou com a realização de uma oficina de planejamento envolvendo cerca de 120 técnicos e gestores da SESA, utilizando metodologias participativas, de discussões em grupos, e uma roda de compartilhamento - "café mundial"- que oportunizou a socialização dos produtos e a validação do Mapa Estratégico da SESA.



A versão final do PES, expressa neste documento, apresenta 05 diretrizes, 19 objetivos e 96 metas e foi submetida ao Conselho Estadual de Saúde e aprovada pelo plenário na 205ª Reunião Ordinária de 21/11/2019, por meio da Resolução CES nº 1138/2019, publicada no Diário Oficial Estado em 05/12/2019.

1 - ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Aspectos Demográficos, Socioeconômicos, Ambientais e Culturais.

No sentido de compreender o perfil epidemiológico do estado em suas particularidades, apresentamos alguns indicadores socioeconômicos que são determinantes na condição de saúde da população.

O Espírito Santo é o menor estado da região sudeste com área geográfica de 46.098,1 km² e um dos menores do Brasil. Sua população está estimada em 4.018.650 habitantes, de acordo com o IBGE (2019), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Metade da população do estado está concentrada nos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV): Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória - capital do estado. 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.

A economia do estado atualmente apresenta-se majoritariamente voltada para o setor de serviços, contando com um dos maiores complexos portuários do Brasil. O estado sofreu forte retração econômica no período 2015 – 2017, em função da crise econômica nacional, aliada à paralisação das atividades da empresa Samarco, como consequência do grave acidente ambiental ocorrido na barragem de sua propriedade localizada em Mariana-MG.

O estado que ocupava a 11.ª posição no *ranking* dos estados relativo ao Produto Interno Bruto (PIB) no Brasil, passou para 14.ª posição em 2017, com participação no total da riqueza nacional de 1,7% no valor de R$ 113, 4 bilhões. O PIB *per capita* estadual em 2017 foi de R$ 28.222,60 e o nacional R$ 31.702,30.

A participação do setor primário nas atividades econômicas do estado foi reduzida em 2017 para 4,7%. O setor industrial ocupou 22,3 %, sendo composto, principalmente, por indústrias de base, voltadas às áreas de extração de petróleo, por indústrias na área de mineração e siderurgia, e por indústrias na área de extração de pedras ornamentais e de produção de celulose.

De acordo com o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano), o Índice de Desenvolvimento Humano (2010) do ES era de 0,740 ocupando o sétimo lugar no ranking nacional. O rendimento nominal mensal domiciliar per capita foi de R$ 1.295,00, que coloca o ES na 11ª posição dentre os estados da federação.

Estudo sobre pobreza no ES realizado pelo IJSN (2018a), que analisa perfil das 356.325 famílias cadastradas no CadÚnico[1] no ano de 2017, informa que dentre as pessoas inscritas, 26,8% se declararam brancas e 72,2% se identificaram como pretos e pardos. Cerca de 80% dessas famílias vivem na área urbana e 33,2% não possuem esgotamento sanitário adequado, o que significa destinar os dejetos à fossa rudimentar, vala a céu aberto, direto para um rio, lago, mar ou alternativa similar. Nesse aspecto as microrregiões administrativas: Central Serrana (71,1%),

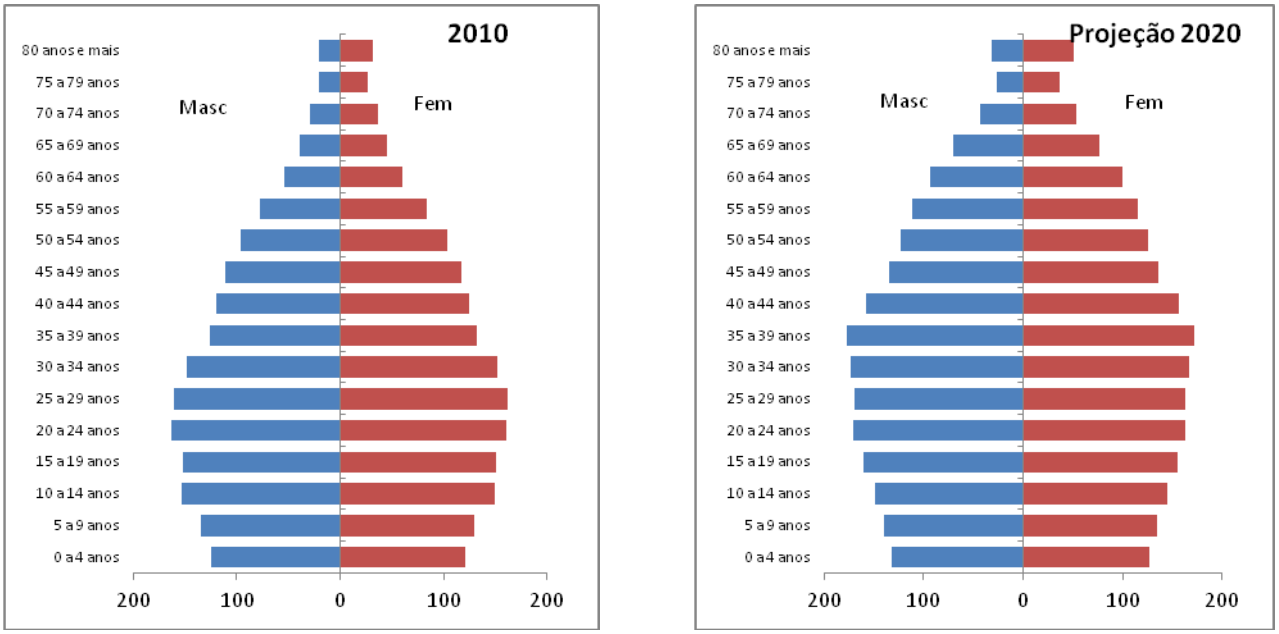
1 CadÚnico é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda utilizado para a seleção e a inclusão dessas famílias em programas federais, a exemplo do Programa Bolsa Família.

Sudoeste Serrana (62,6%) e Litoral Sul (60,2%) aparecem com elevados índices de inadequação. A maior parte da população de 25 anos ou mais possui apenas o ensino fundamental incompleto (59,1%) e estudou em média apenas 5,6 anos.

A taxa de analfabetismo medida no quarto trimestre de 2018 (IJSN, 2018b) alcançou 5,7% das crianças entre 07 e 09 anos. Este número é maior que o da região Sudeste (3,3%) e menor que do Brasil (8,0%). A frequência escolar dos jovens entre 15 e 17 anos foi de 79,6%.

A estrutura etária da população, conforme se apresenta na **Figura 1**, demonstra uma transformação em curso, com um adensamento na faixa etária de pessoas idosas, distanciando-se, portanto, da forma piramidal tradicional. Assim, percebe-se uma queda na participação das faixas etárias mais jovens e um comportamento inverso nas faixas etárias mais elevadas indicando um aumento da população envelhecida, tendência que se projeta para 2020.

Figura 1: Pirâmide Etária 2010 - Projeção 2020



Fonte: IBGE

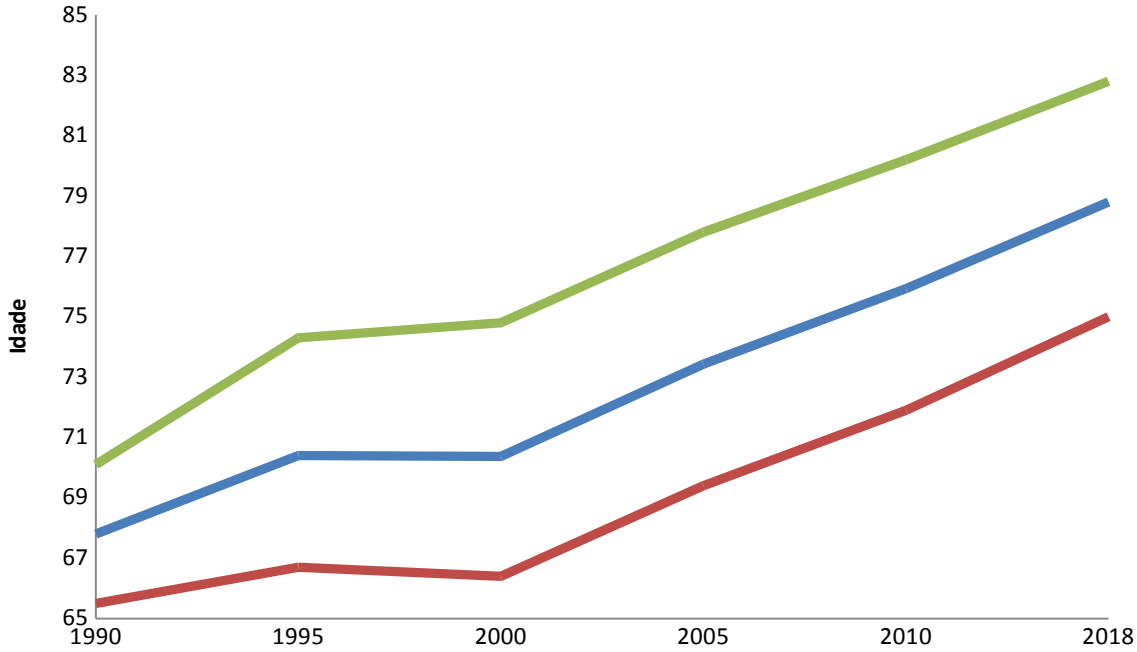
A razão de dependência mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva (15 a 59 anos). Na população do estado, 13,55% tem mais de 60 anos e 20,36% menos de 15 anos, o que equivale a uma razão de dependência de 51,3. Alguns estudos consideram a população potencialmente ativa entre 15 e 64 anos, neste caso, a razão de dependência total seria de 41,63.

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 encontra-se em estágio avançado.

A expectativa de vida é fortemente influenciada pela evolução positiva dos indicadores sociais e reflete o nível da mortalidade de uma população como um todo. A expectativa de vida do capixaba aumentou em 11 anos entre 1990 e 2018, passou de 67,8 para 78,8 anos (**Figura 2**). No ano de 2018 o estado apresentou a segunda maior expectativa de vida do país, ficando atrás apenas do estado de Santa Catarina, enquanto a média do Brasil foi de 76,3 anos.

Há uma disparidade entre os gêneros: a expectativa de vida dos homens é de 7,8 anos menor que das mulheres, efeito atribuído às mortes prematuras de homens jovens por causas não naturais.

Figura 2: Expectativa de vida – ES, 1990 a 2018



Fonte: IBGE

1.2 Aspectos Epidemiológicos

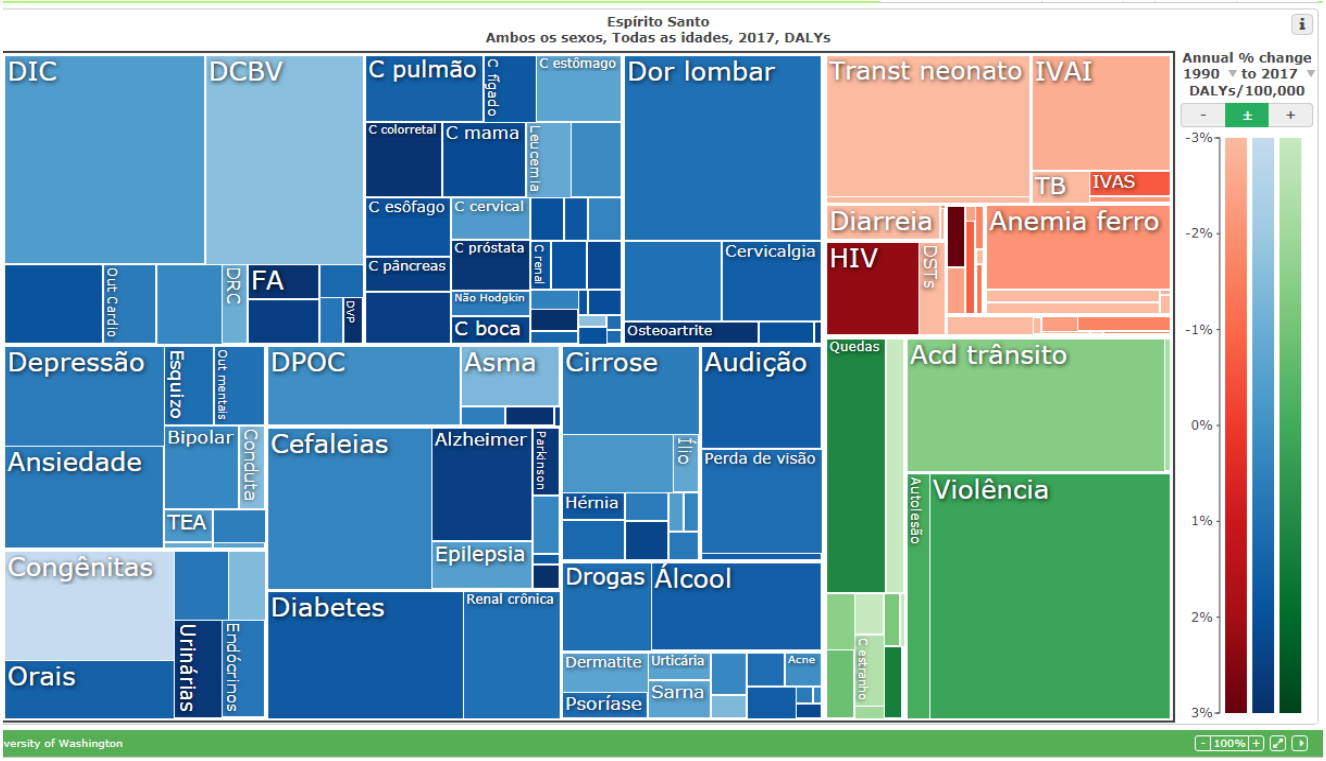
1.2.1 Carga global de doenças GBD. Espírito Santo – 2017

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 doença 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.

Analisando a **Figura 3** é possível identificar o peso das doenças crônicas, da saúde mental e da violência na carga de doenças que comprometeram a saúde e a vida da população do estado no ano de 2017.

Figura 3: Carga global de doenças GBD. Espírito Santo – 2017

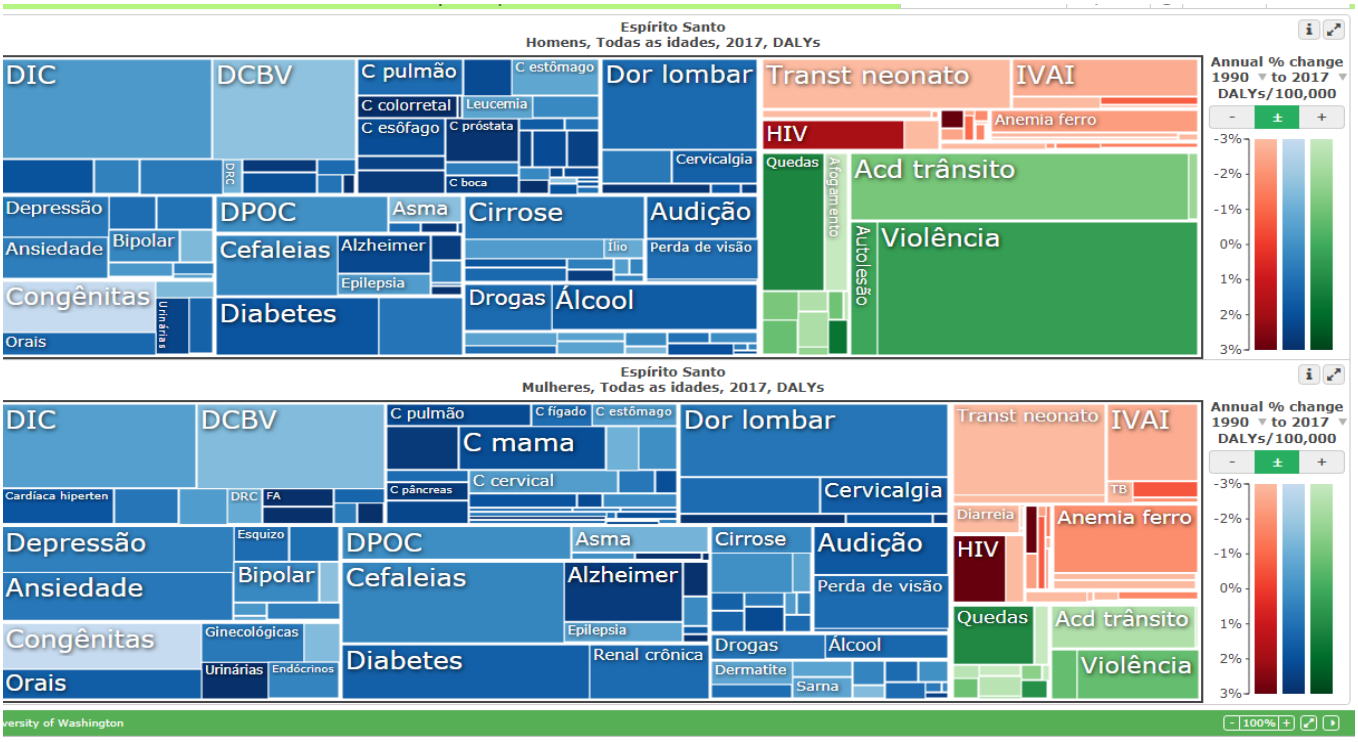


Fonte: http://www.healthdata.org/results/country-profiles

A legenda considera as cores: azul: doenças crônicas não transmissíveis; verde: causas externas; vermelho: doenças transmissíveis.

Quando analisado o fator anos potenciais de vida perdidos ou vividos com incapacidades por sexo, 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.

Figura 4: DALYs - Anos potenciais de vida perdidos ou vividos com incapacidades, segundo sexo. Espírito Santo, 2017.



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

1.2.2 Das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

AIDS/HIV

No estado, no período de 1985 a 2018, foram notificados 16.661 casos de HIV/AIDS, sendo 10.514 do sexo masculino (66,3%) e 5.147 do sexo feminino (33,7%), com 70,8% dos casos devido à transmissão sexual do HIV. Nos últimos quatro anos, apresentou uma média de 1.166 novos casos por ano, com predominância em homens na faixa etária de 15 a 29 anos (419 casos).

A taxa de detecção de HIV no ano de 2018 foi de 31,2 casos para cada 100.000 habitantes. Dentre as regiões de saúde, ocorreram maiores aumentos na Região de Saúde Metropolitana (812 casos novos), Região Sul (179 novos casos), Central (103 novos casos) e a Norte (97 novos casos). A taxa de mortalidade relacionada ao HIV/AIDS, em 2018, foi de 5,3 óbitos/100.000 habitantes, semelhante à taxa observada no país.

Foram notificados 406 casos de crianças menores de 13 anos com Aids por transmissão vertical no período entre 1992-2018, sendo 325 (80%) em crianças menores de cinco anos. A ocorrência de casos de Aids por transmissão vertical, em crianças menores que cinco anos de idade, tem diminuído no estado nos últimos quatro anos e em 2018 nenhum caso foi notificado. Para que seja considerada eliminada a transmissão vertical do HIV, a taxa de transmissão deve ser menor ou igual a 0,3 casos/1.000 NV. (OPAS).

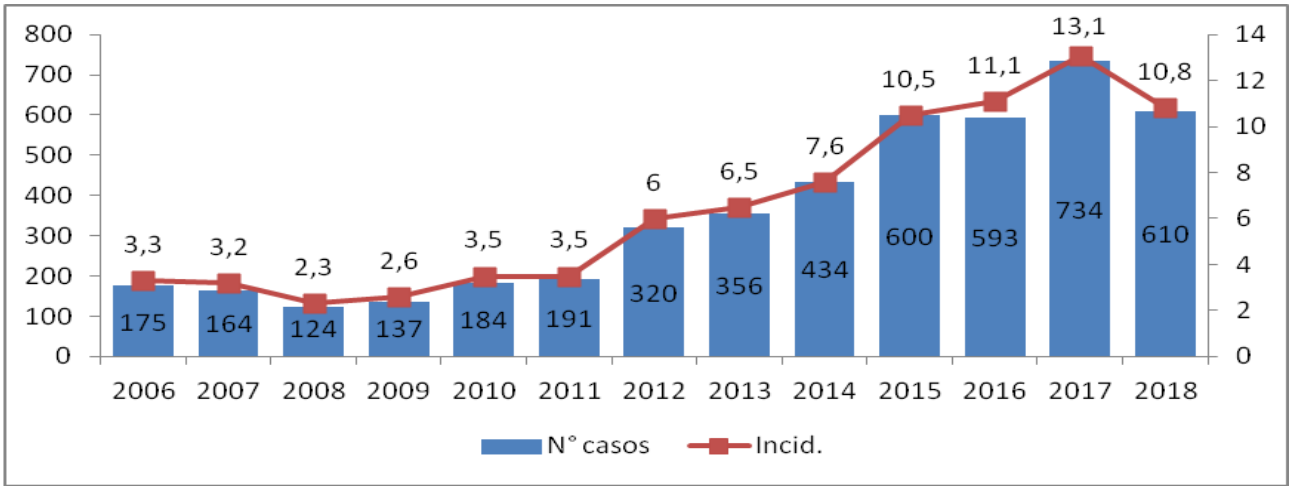
Sífilis

Em 2018, foram notificados 4.007 casos de sífilis adquirida, 1.944 casos de sífilis em gestantes e 610 casos de sífilis congênita (o que corresponde a uma taxa de incidência de 10,8 casos de sífilis congênita para cada grupo 1000 nascidos vivos).

O estado possui a 2ª maior taxa de detecção de sífilis adquirida no cenário nacional, com 87,9 casos / 100.000 habitantes, atrás apenas do Rio Grande do Sul. Já o município de Vitória é a capital com a 2º maior taxa de detecção, com 190 casos / 100.000 habitantes, atrás apenas de Florianópolis - SC.

Quanto às sífilis congênita, 498 dos 610 casos concentraram-se em 10 municípios do estado. A Região Metropolitana concentrou o maior número (442).

Figura 5: Nº casos e incidência de sífilis congênita/1000 NV. ES - 2006 a 2018



Fonte: SINAN

Em 2016 o estado lançou o "Plano Estadual de Enfrentamento a Sífilis Congênita" para reduzir a incidência e atingir a meta de 0,5 casos para mil nascidos vivos até o ano de 2019. Foi instituído um Comitê de Monitoramento, composto pelos municípios que concentram o maior número de casos, com o objetivo de identificar e elaborar estratégias de intervenção, com resultado positivo observado em 2018.

Apesar de estarmos distantes ainda da meta estabelecida, a execução do Plano vem apresentando resultados significativos, tendo em vista que após 10 anos de curva ascendente, tivemos a primeira redução em 2018 e esta tendência se mantém em 2019. O "Plano Estadual de Enfrentamento a Sífilis Congênita" continua como agenda estratégica no PES 2020-2023.

Hanseníase

O monitoramento da evolução da endemia de Hanseníase, em 2018, aponta para a manutenção da tendência de queda nos coeficientes de detecção geral em menores de 15 anos e da prevalência; para altos percentuais de cura nas coortes; para baixo percentual de abandono; zero (0) caso novo com Incapacidade Grau 2 (IG2) em menores de 15 anos e mais de 90% de exame de contatos e avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico. Apesar dos índices alcançados serem satisfatórios, há necessidade de avaliar se a influência destes resultados deve-se a fatores epidemiológicos ou operacionais.

Na avaliação dos casos por regiões de saúde, observa-se que historicamente, a Região de Saúde mais endêmica é a Norte, seguida pela Central e a Metropolitana. Já a Região Sul é a de mais baixa endemicidade.

Como estratégias para o alcance da meta de eliminação da doença permanecem a detecção precoce de casos e a cura dos casos diagnosticados.

Tuberculose

No estado foram notificados 1.282 casos novos de Tuberculose em 2018, o que representou um coeficiente de incidência de 32,2 casos/100.000 hab., superior ao ano anterior (28,3 casos/100.000 hab.). A taxa de mortalidade (1,7 óbitos/100.000 hab.) se manteve estável em relação ao ano de 2017.

Em relação ao encerramento do tratamento de casos novos de tuberculose, a cura e o abandono em 2017 foram respectivamente de 76,8% e 8,5%. O indicador de cura está abaixo do preconizado (85%) e o de abandono está acima (5%). Para melhoria desses indicadores, será necessário intensificar as estratégias de adesão ao tratamento para cada realidade local no intuito de atingir os objetivos de curar adequadamente, bem como as estratégias de redução do abandono e da resistência aos medicamentos do esquema básico de tratamento.

A Região de Saúde Metropolitana notifica mais de 60% dos casos e possui 06 municípios considerados prioritários para seu controle (Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana e Guarapari). Na Região Norte, São Mateus é prioritário, na Região Sul, a prioridade é Cachoeiro de Itapemirim e na Região Central, Linhares e Colatina.

Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTA)

No período de 2012 a 2018, foram notificados 228 surtos de doenças de transmissão alimentar. Apenas 01 óbito de envolvidos em surtos de DTA foi notificado, representando pequena letalidade (0,03%), 362 hospitalizados em um universo de 5.688 doentes. De acordo a série histórica (2000 a 2017) do Ministério da Saúde, a taxa de letalidade de surtos de DTA no Brasil é de 0,08% (BRASIL, 2018).

Em relação ao local da notificação, houve registro de surto em 14 municípios da Região de Saúde Metropolitana, 10 da Sul, 09 da Central e 04 da Região Norte no período de 2012 a 2018. Além disso, de acordo com as notificações realizadas nesse período, dos 228 surtos de DTA registrados no SINAN, 71,92% (164) estão concentrados na Metropolitana. Na Região Central foram registrados 18,85% (43) dos surtos, seguidos pela Região Sul com 7,45% (17) e Região Norte com 1,75% (4). Importante considerar que pode haver subnotificação dos surtos de DTA, devido à autolimitação das doenças, à falta de contato entre doentes e serviços de saúde e à dificuldade em caracterizar os surtos alimentares através do diagnóstico de casos isolados da doença.

Leishmaniose

Entre 2013 e 2017 foram registradas 660 notificações de Leishmaniose Tegumentar Americana com 71,21% dos casos autóctones. Dentre os casos notificados, houve o predomínio do sexo masculino (64,39%), com idade variando entre 0 a 97 anos, cor parda (46,21%), e escolaridade entre 1 a 4 anos de estudo (29,39%). A forma clínica predominante foi a cutânea (84,24%), tendo como droga de escolha para tratamento, o antimonial pentavalente (69,7%). A confirmação laboratorial (68,79%) ainda prevaleceu sobre o diagnóstico clínico-epidemiológico. A Região de Saúde Metropolitana destacou-se com a maioria das notificações dos casos (69,7%).

Quanto à Leishmaniose Visceral (LV), entre os anos de 2013 a 2017, foram notificados 57 casos autóctones do município de residência, concentrados nas regiões Norte e Central, nos municípios de Águia Branca, Baixo Guandu, Pancas, São Gabriel da Palha e Barra de São Francisco. Desses, 15 foram notificações de crianças com idade menor que 10 anos, o que representa 26,31% de todos os casos registrados. Uma das características importantes da LV é que, quanto maior a incidência da doença, maior o risco para as crianças. A imunidade se desenvolve com a idade, assim sendo, a incidência da doença e do óbito em crianças menores, depende da maior suscetibilidade à infecção e da imunodepressão observada. Outro ponto é a mudança no padrão epidemiológico, antes caracterizada como uma doença rural e que agora apresenta um processo de urbanização, com crescente expansão para cidades de médio e grande porte.

Leptospirose

No período de 2013 a 2017 o estado registrou 5.434 notificações de leptospirose, com 447 casos confirmados por município de infecção. Desse total, 99 foram do município de Serra, 24 de Afonso Cláudio, 24 de Vitória e os demais, distribuídos nos outros municípios. A incidência maior é no sexo masculino. Ocorreram 23 óbitos pelo agravo neste período.

Doença de Chagas

Na Doença de Chagas Aguda, 282 notificações foram registradas pelos municípios entre 2013 e 2017. Ressaltamos que os casos crônicos desta doença não são de notificação compulsória, contudo há casos crônicos notificados equivocadamente como agudos, o que acarreta o aumento da incidência de casos.

Malária

No período 2013-2017, o estado apresentou 1.780 casos de malária por município de notificação e 194 casos por município de infecção, sendo que destes, 93% da forma *vívax*, com predomínio no sexo masculino e os municípios de Santa Teresa, Domingos Martins e Alfredo Chaves concentraram o maior número de casos.

Arboviroses

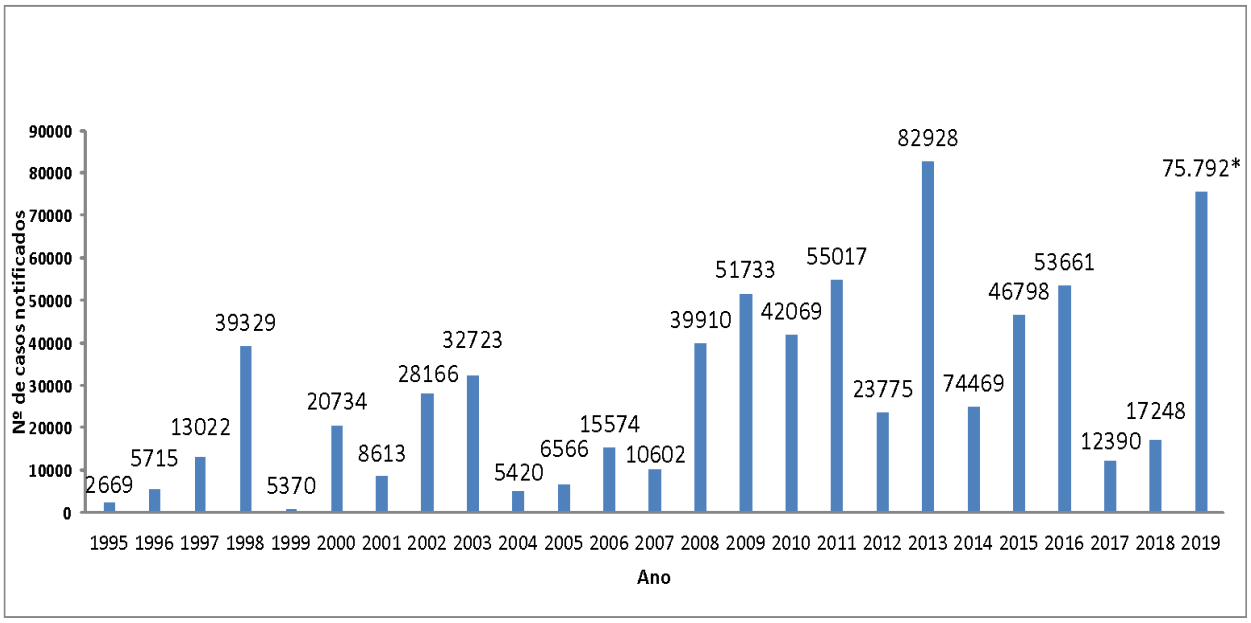
Dengue

A Dengue é um dos principais problemas de Saúde Pública no mundo. A OMS estima que 2,5 bilhões de pessoas, 2/5 da população mundial, estão sob-risco de contrair dengue e que ocorram anualmente cerca de 50 milhões de casos. Em 2009 os dados mostraram que cerca de 550 mil doentes necessitaram de hospitalização e 20 mil morreram em consequência deste agravo.

A doença pode evoluir para remissão dos sintomas, ou pode agravar-se exigindo constante reavaliação e observação, para que as intervenções sejam oportunas e que os óbitos não ocorram. A identificação oportunamente dos sinais de alarme nos pacientes podem prevenir gravidade e até reduzir a mortalidade. Outra medida importante para evitar a ocorrência do óbito está na organização dos serviços de saúde, especialmente em situação de epidemia. A implantação do acolhimento com classificação de risco é de vital importância para o correto estadiamento que oferece tratamento prioritário e oportuno para os casos com sinais de alarme e para os casos graves.

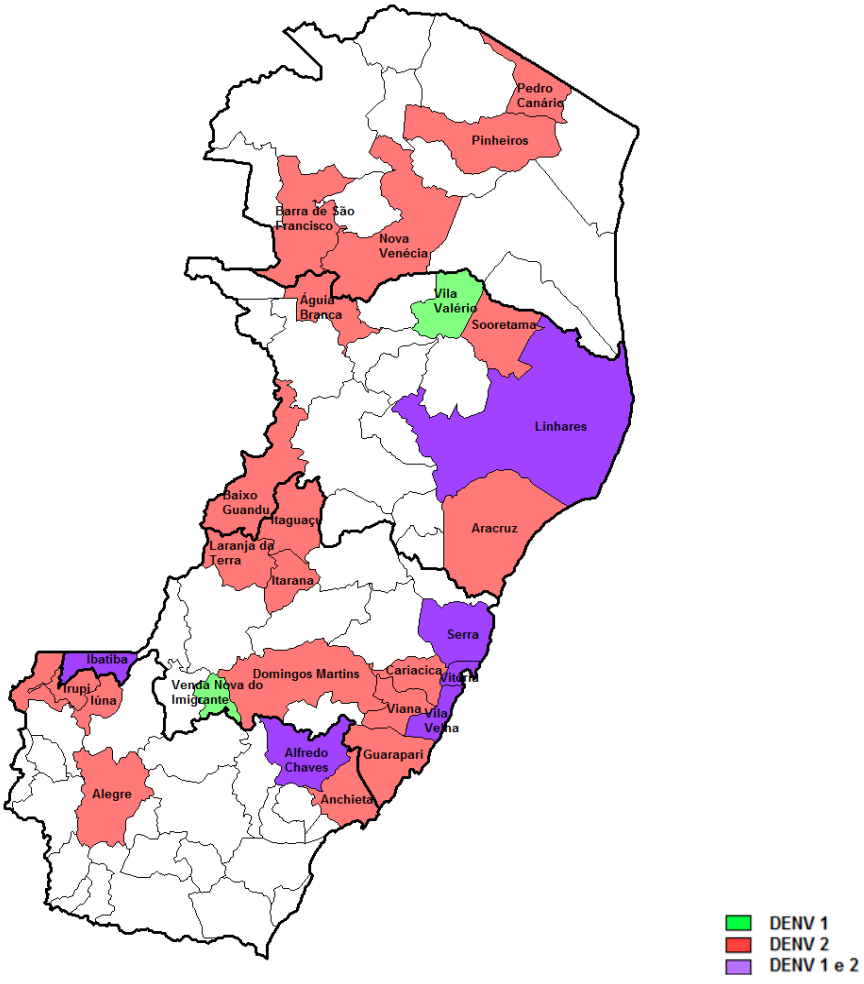
No ES, desde 1995 ocorrem notificações de Dengue, sendo que as quatro maiores epidemias aconteceram nos anos de 2011, 2013, 2016 e 2019, nos quais foram registrados 55.017, 82.928, 53.661 e 75.792 (até a 44ª SE) casos suspeitos de dengue, respectivamente. Existem quatro vírus identificados, o DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4. A epidemia de 2013 foi do sorotipo DENV-2, este ocorre desde 2017 em vetores (primeiro caso na SE 40 no município da Serra) e 2018 em humanos (primeiro caso notificado na SE 09 no município de Colatina).

Figura 6: Série histórica de casos notificados, segundo ano, ES, 1995-2019.
***Dados consolidados até a 44ª SE de 2019**



Fonte: 1995-2018: Sinan; 2019: Planilha paralela SESA

Figura 7: Mapa da circulação viral da dengue, ES, Novembro de 2019.



Fonte: NEVE/GEVS/SESA.

Zika

Desde a introdução do vírus Zika em 2015 até 2018, foram notificados 5.142 casos dos quais 504 casos em gestantes. Em relação a autoctonia da doença, 42 municípios registraram casos, sendo estes concentrados nas regiões Central, Metropolitana e Sul.

Uma das principais complicações da infecção pelo vírus Zika é a transmissão vertical para o feto caracterizando a Síndrome Congênita do Zika. Entre 2015 e 2018, foram 426 casos notificados, dentre eles 76 confirmados com alguma alteração no crescimento e desenvolvimento da criança. Os municípios com casos confirmados foram: Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, C. De Itapemirim, Cariacica, Fundão, Guarapari, Linhares, Montanha, Presidente Kennedy, S. José do Calçado, Serra, Viana, Vila Velha, Vitória. Em 2015 foi instituído um Comitê, composto de médicos de diversas especialidades, para investigação dos casos e a verificação de sua relação com a infecção pelo vírus Zika durante o período gestacional, quando confirmada a presença de Microcefalia. Há uma tendência de redução de casos em gestantes, e consequentemente da Síndrome Congênita, mas ainda persiste o desafio de monitoramento constante do reaparecimento de surtos e a necessidade de estruturar uma rede de serviços de referência para acompanhamento das crianças com este diagnóstico, com vistas a mitigar sequelas, preservar a qualidade de vida e promover a inserção social das mesmas.

Chikungunya

As primeiras notificações de Chikungunya ocorreram em 2014, com o registro de 07 casos suspeitos importados, sem confirmação laboratorial. Em 2015, foram notificados 80 casos, com a confirmação de 04 casos, todos importados. A doença ganhou maiores proporções em 2016 com 543 notificações e uma taxa de incidência de 13,66/ 100 mil habitantes, com confirmação de 108 casos. Em 2017, foram notificados 1.671 casos suspeitos resultando em uma incidência de 41,60/ 100 mil habitantes, sendo confirmados 784 casos. Vale ressaltar que nos anos de 2016 e 2017, o maior número de casos foi registrado até a semana epidemiológica (SE) 19, o que representa uma característica sazonal da doença. Em 2017, Vitória (402), Vila Velha (313) e Baixo Guandu (151) foram os municípios que tiveram a maior quantidade de casos notificados. Dos dez municípios com maior incidência por 100 mil habitantes, em 2017, seis estão na Região de Saúde Metropolitana, dois na Central e dois na Sul, sendo em ordem decrescente: Baixo Guandu (474,93), Afonso Cláudio (225,58), Itarana (133,56), Laranja da Terra (130,92), Vitória (110,70), Marechal Floriano (96,71), Alfredo Chaves (86,20), Ibiraçu (79,48), Santa Leopoldina (77,59) e Presidente Kennedy (76,65).

Em 2018, foram notificados 1.406 casos de chikungunya, resultando em uma incidência de 35,01/ 100 mil habitantes, sendo que 636 foram confirmados. A maioria das notificações ocorreu na Região de Saúde Metropolitana (55,69%), onde se destacam com maiores incidências os municípios de Afonso Cláudio (519,14/ 100 mil hab.) e Laranja da Terra (122,20/ 100 mil hab.). Na Região Sul, município de Cachoeiro de Itapemirim (127,10/ 100 mil hab.); na Região Norte, Vila Pavão (666,03/ 100 mil hab.); na Região Central, Ibiraçu (174,87/ 100 mil hab.). Em 2019 até a SE 20 foram notificados 581 casos suspeitos de chikungunya no estado.

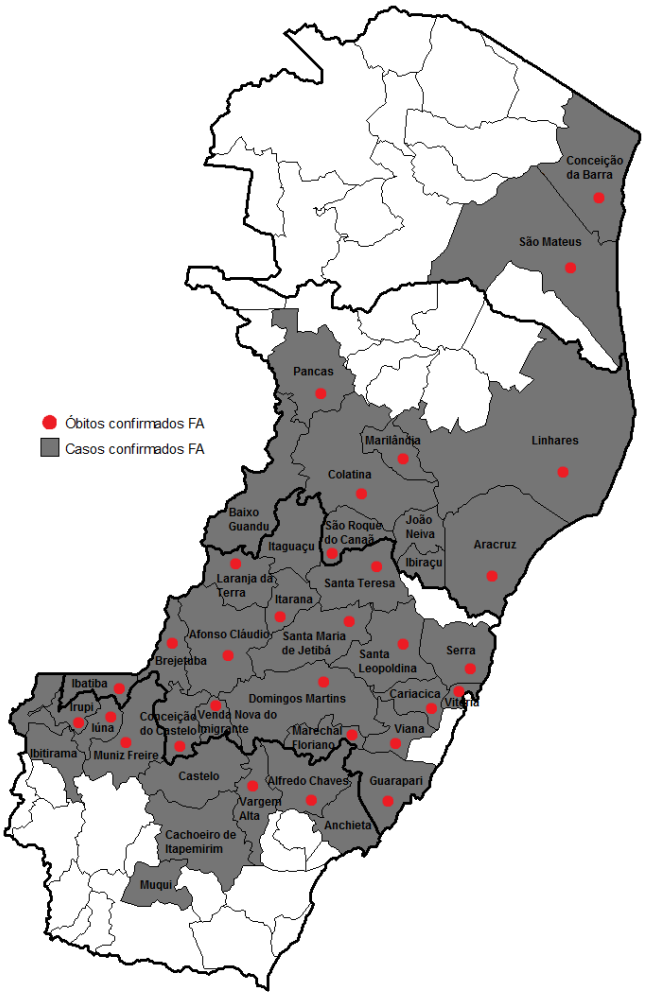
Febre Amarela

Até janeiro de 2017, a Febre Amarela apresentava-se com casos esporádicos e importados. A partir desta data ocorreram notificações de casos de epizootia e casos autóctones, caracterizando um surto, visto que o estado não era área de recomendação de vacina e possuía toda a população susceptível.

Em 2017 foram notificados 918 casos suspeitos de febre amarela, desses, 880 casos tiveram Local Provável de Infecção (LPI) no ES, sendo 326 (37%) tiveram exposição (LPI) também em outros estados (Bahia, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Tocantins).

Uma intensa campanha de imunização foi realizada e foram vacinados mais de 3 milhões de pessoas, o que reverteu rapidamente o surto. Em 2018 foram confirmados apenas 05 casos com 02 óbitos e até a semana epidemiológica (SE) 24 de 2019 havia 10 notificações/casos suspeitos, sem nenhum caso confirmado. (fonte: Prestação de Contas 1º quadrimestre 2019)

Figura 8: Municípios com casos humanos confirmados de Febre amarela 2017-2018.



Fonte: Planilha COES Febre Amarela - Espírito Santo - SESA.

Epizootia de Febre Amarela em Primatas Não Humanos

A vigilância de epizootias em Primatas não humanos (PNH) é uma importante ferramenta para detectar precocemente a circulação do vírus ainda no ciclo enzoótico, ao captar informações sobre adoecimento ou morte de PNH. No período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018 foram notificadas 1.048 epizootias, sendo 964 em 2017 e 84 em 2018. Do total de casos notificados, 122 (11,6%) foram confirmadas, 117 (11,2%) foram descartadas, 526 (50,2%) foram indeterminadas e 283 (27%) ainda estão em investigação. Em 2018 não houve confirmação de PNH com febre amarela. O mês com maior número de notificações foi janeiro de 2017. No mesmo mês em 2018 foram notificadas 29 epizootias. As notificações foram realizadas por 65 municípios (83,3%) e confirmadas em 29 municípios (44,6%). Dos 122 casos confirmados, foram identificados os gêneros de 44 dos primatas não humanos, sendo 17 (38,6%) do gênero *Calitrix*; 25 (56,8%) do gênero *Alouata*; 2 (4,5%) do gênero *Cebus*.

Acidentes com Animais Peçonhentos

Os acidentes por animais peçonhentos (AP) são os responsáveis pela maioria das notificações de intoxicação registradas pelo Centro de Atendimento Toxicológico (Toxcen) e pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Entre 2013 e 2018, foram registrados 34.587 acidentes por animais peçonhentos e 25 óbitos. Em 2017 houve aumento no número de notificações de AP e óbitos, fato que se repetiu em 2018. As notificações dos anos de 2017 e 2018 representaram 45,6% do total de 2013 a 2018 e 60% dos óbitos por AP para o mesmo período. Em 2018, a maioria das notificações por AP ocorreu na faixa etária de 20 a 59 anos, sexo masculino e não relacionadas ao trabalho. Os acidentes ocupacionais foram observados a partir da faixa etária de 10-14 anos, predominando de 20-59 anos e sexo masculino.

O escorpionismo foi responsável por 67,6% das notificações de acidentes por AP, o mais frequente em todas as regiões de saúde, principalmente nas regiões Norte e Central (86,1%). Dos acidentes ofídicos, 62,6% ocorreram na região sul e metropolitana, sendo 92,6% por serpentes do gênero *Bothrops*. Os araneísmos foram mais frequentes na região metropolitana (54,7%), no entanto, 57,9% registrados como aranha desconhecida e 28,8% por aranha *Phoneutria.* Dentre outros animais peçonhentos se destacaram os acidentes por abelhas e marimbondos representaram 10,2% dos casos.

As maiores taxas de incidência de escorpionismo foram localizadas na Região Norte, nos municípios de Boa Esperança – 140 casos/10.000 hab., Mucurici – 139casos/10.000 hab. e Água Doce do Norte – 130 casos/10.000 hab. Na Região Central, destaque para os municípios de Vila Valério – 109 casos/10.000 hab., Rio Bananal do Norte – 96 casos/10.000 hab. e Governador Lindenberg – 82 casos/10.000 hab.

Violência

A vigilância epidemiológica de violência consiste na identificação pela atenção em saúde de cada município, de forma mais precoce possível, por meio de sinais e sintomas, situações de suspeitas e/ou casos confirmados de violência interpessoal e/ou autoprovocadas e no acionamento imediato da rede de cuidados e proteção. Esse acionamento imediato consite, sobretudo, na notificação dos casos mas, também, pela inserção da vítima na linha de cuidados e proteção, sob cuidados de equipe multidisciplinar nos serviços de saúde e nos territórios. Essa linha de cuidado é formada pela saúde, educação, assistência social, conselhos tutelares, delegados, policiais e outros. Ainda existem muitos municípios silenciosos (84% apresentam menos de 20 fichas ao ano e 28% menos de 10 fichas), sendo este um dos desafios para a vigilância em saúde.

A partir de 2011, quando a notificação de violência tornou-se compulsória, houve um crescimento de 1.017% no número de notificações no estado. Em 2018, foram notificados 9549 casos de violência e 99,6% das vítimas residiam no Espírito Santo. A Região de Saúde Metropolitana destacou-se com 65,78% dos casos, seguida pela Central (15,23%), Sul (12,26%) e Norte (6,73%). O sexo feminino representou a maioria dos casos, com 77% dos registros. Quanto ao tipo, a maior frequência deveu-se à violência física (34,59%), lesões autoprovocadas (21,61%), violência psicológica/moral (13,03%) e 6,74 % das notificações re feriram-se à violência sexual.

A violência interpessoal ocupou o primeiro lugar no indicador de DALY, que mede anos de vida perdidos ou vividos com incapacidades (Figura 4).

Dados de feminicídio mostram, pelo sua expressão mais negativa, a importância do tema nas políticas públicas intersetoriais. O planejamento estratégico de governo da atual gestão incluiu um projeto intersetorial sob a coordenação da vice governadoria – Projeto Agenda Mulher - que tem no enfrentamento da violência contra a mulher um dos principais eixos de intervenção.

1.2.3 Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANT´s

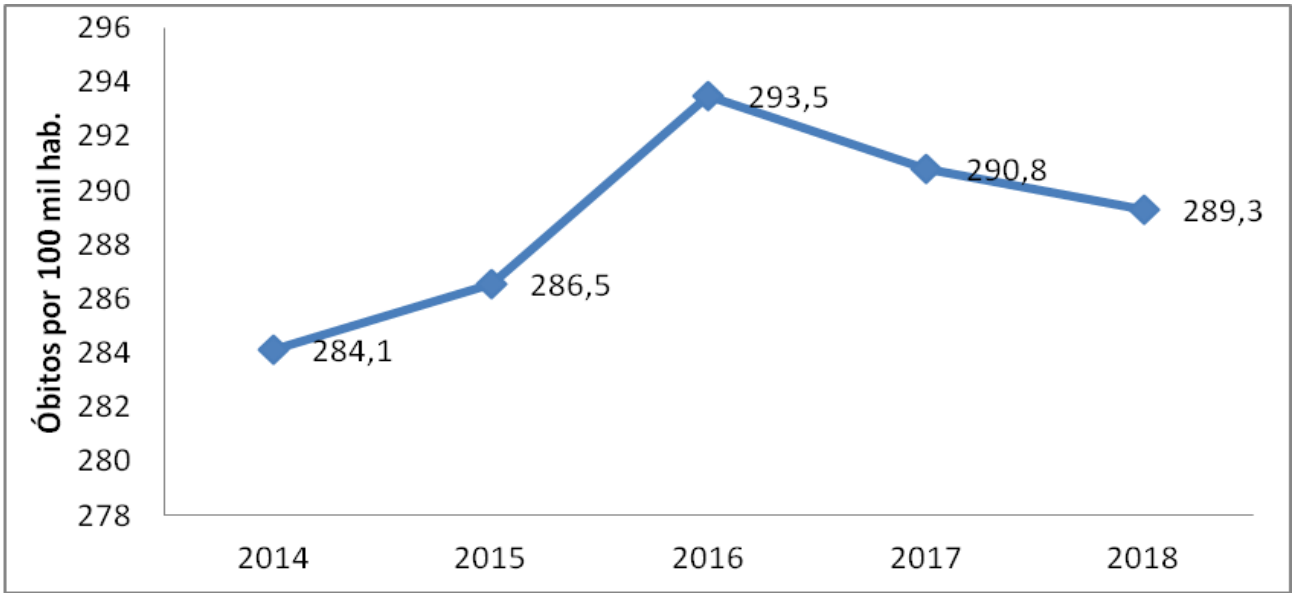
Consideradas atualmente um problema de saúde pública de maior relevância, as doenças crônicas não transmissíveis acrescidas dos acidentes e violências constituem a principal causa de adoecimento e óbito no mundo.

A mortalidade por DANT`s no estado não é diferente da situação no Brasil e na região Sudeste. Dados mostram que a mortalidade nas Regiões de Saúde Central, Metropolitana e Sul em sua maioria, são por doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e causas externas. A região Norte difere das demais, tendo as causas externas em segundo lugar.

As internações por DANT`s vêm mantendo-se como primeiras causas de internações hospitalares. Isto se deve principalmente à exposição aos fatores de risco altamente prevalentes para o desenvolvimento dessas doenças. Essa situação tem representado impacto crescente nos custos diretos para o sistema de saúde, por serem internação de curso prolongado. Há necessidade de desenvolvimento de intervenções mais eficazes na proteção, promoção e cuidados à saúde das

populações com ações intra e intersetoriais para o enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis e consequentemente à redução da morbimortalidade por DANT`s no ES.

Figura 9: Mortalidade Precoce (30 a 69 anos) por DCNT – ES 2014 a 2018



Fonte: SIM e IBGE (estimativas populacionais)

Comparando as 10 principais causas de morte entre os anos de 2007 e 2017 (**Figura 10**), as doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares permanecem em primeiro e segundo lugar, com tendência crescente. Também com a mesma tendência verificamos outras doenças crônicas, principalmente Alzheimer (62,8% maior).

A violência interpessoal e os acidentes de trânsito, embora tenham decrescido, permanecem como causas importantes de mortalidade no estado em 2017. Vale ressaltar que, um conjunto de intervenções intersetoriais que vêm reduzindo de modo contínuo a taxa de homicídios no Estado nos últimos 12 anos. A redução dos óbitos por acidentes de transporte também é resultado de um conjunto de políticas públicas e de educação para o trânsito mantida em sucessivas gestões.

Entretanto, há de se destacar a necessidade de enfrentamento dos acidentes motociclísticos em áreas urbanas e rurais, com forte impacto na ocupação de leitos de rede de urgência e impacto no sistema de previdência social fruto de óbitos e sequelas evitáveis.

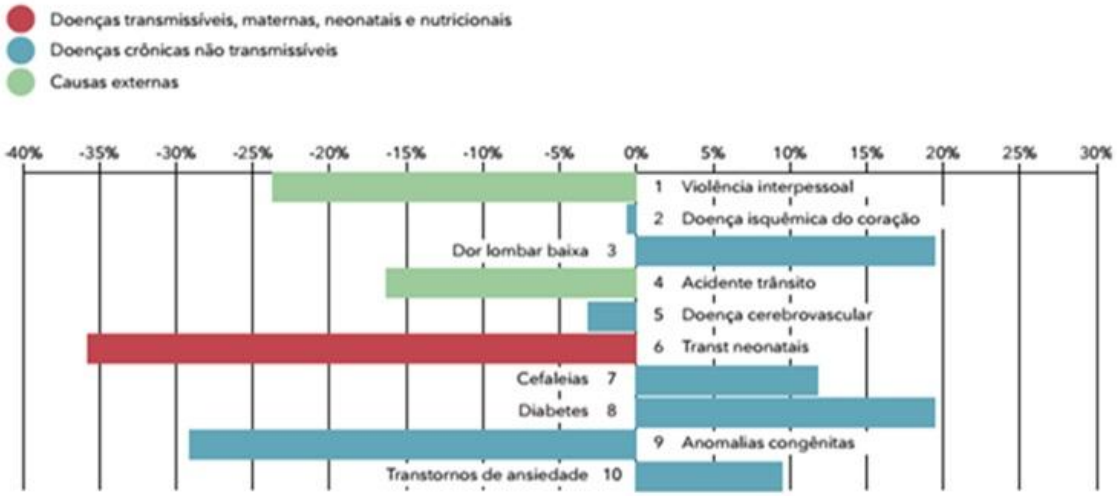
O resultado mais positivo foi em relação aos transtornos neonatais, que passaram de 9º para a 17ª causa de óbito no intervalo 2007 a 2017.

Figura 10: As 10 principais causas de morte e variação percentual entre 2007 e 2017

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

Figuram entre as 10 principais causas de anos de vida perdidos ou vividos com incapacidades, além das doenças cardiovasculares e violências, a dor lombar, cefaleia e transtorno de ansiedade (**Figura 11**).

Figura 11: As 10 principais causas de incapacidades – 2017



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

Ao longo das últimas décadas transformações socioeconômicos vêm de maneira significativa alterando o perfil epidemiológico da morbimortalidade da sociedade brasileira. As DANT's superaram os agravos infecciosos favorecidos pela transformação demográfica (queda nas taxas de fecundidade e natalidade, progressivo aumento da população de idosos) fortemente apoiada pelo intenso processo de urbanização, bem como seu impacto junto ao "estilo de vida".

Consequentemente houve aumento da prevalência de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, acidentes e mortes violentas, agravos e doenças compreendidas no rol das denominadas DANT's.

A Política de Saúde sofreu grandes impactos principalmente nos altos investimentos de recursos, seja para as ações de promoção, prevenção e controle, seja para os procedimentos intervencionistas para o reparo de suas complicações e sequelas.

Esse panorama levou o País a implantar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT, 2011-2022 com objetivo de enfrentar e deter as DCNT: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial sistêmica, câncer, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas.

O grande desafio é a implementação de políticas públicas voltadas para promoção, prevenção, diagnóstico precoce e cuidados especializados, objetivando o controle dos agravos, por todos os níveis de gestão do SUS.

Para além da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, no intuito de aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS e superar a fragmentação dos serviços de saúde tanto na atenção quanto gestão, o Ministério da Saúde: Portaria com diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e também Portaria que define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, estabelecendo diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

A SESA, a partir de pactuação tripartite, vem implantando a política de Redes de Atenção à Saúde, vem implantando a política de Redes de Atenção a Saúde, dentre as quais a Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas, numa tentativa de reorganizar sua atuação no cuidado a esses grupos populacionais.

Apesar de ter iniciado a implantação/discussão da Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas com foco em algumas linhas de cuidado a partir das diretrizes preconizadas pelo MS e do perfil epidemiológico do estado, ainda existem grandes pendências que necessitam de implantação, reorganização e/ou iniciar a discussão com urgência tendo em vista os prejuízos que as doenças crônicas causam tanto para o usuário quanto para organização dos serviços de saúde.

A seguir, um breve panorama das linhas de cuidado:

Doença Renal Crônica: A discussão sobre a importância da regulação da TRS e da contratação de serviços evoluiu significativamente com a atuação da área técnica e com a instituição da Câmara Técnica da DRC.

A partir de fluxos regulatórios construídos e validados, as regionais vêm assumindo a regulação dos serviços de TRS, permitindo melhora significativa da organização do acesso e, com isso tendência de diminuição de mandados judiciais para acesso a TRS.

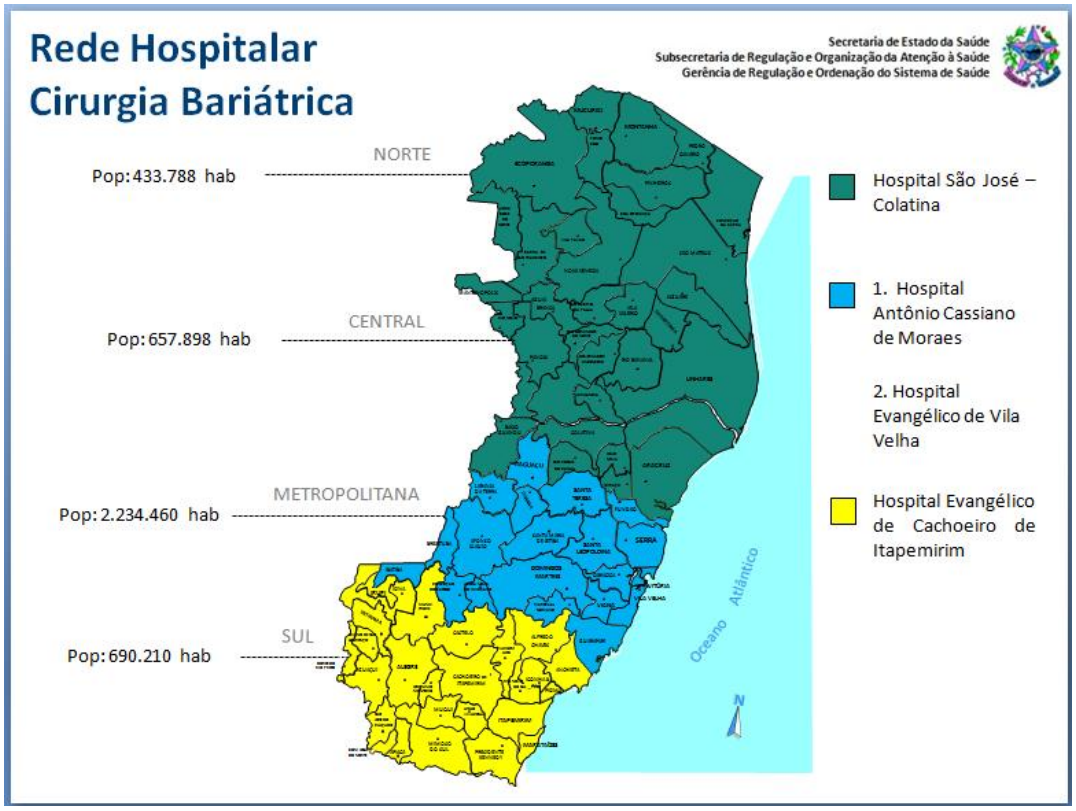
Apesar dos avanços obtidos, a política de atenção ao DRC no Estado necessita de progredir em sua implantação e implementação na linha de cuidado da DRC.

Para o período 2020 a 2023, propomos o rastreamento pela APS dos pacientes com doença renal crônica nas subpopulações de risco para o desenvolvimento da referida doença, bem como a estratificação do risco dos pacientes com o diagnóstico de DRC; a capacitação dos profissionais de saúde da APS para adequado acompanhamento dos pacientes em estágios 1, 2 e 3 (A e B); o matriciamento a partir da atenção especializada das equipes de APS para o atendimento dos pacientes com DRC em estágio 3B; a reorganização dos centros regionais de especialidades (CRES, Unidades Cuidar, ambulatórios hospitalares) para pleitear habilitação (com captação de recurso federal) junto ao MS para atender os pacientes DRC em estágios 4 e 5ND.

Sobrepeso e Obesidade: A discussão acerca das condições de sobrepeso e obesidade da população capixaba, com foco na construção da linha de cuidado dentro da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, iniciou em abril de 2018, com a constituição de um grupo de trabalho que viria a compor a Câmara Técnica. Os avanços obtidos por este Grupo de Trabalho incluem a definição do fluxograma para atendimento às pessoas com sobrepeso e obesidade, bem como das atribuições de cada ponto de atenção da rede de atenção à saúde, em conformidade com a estratificação de risco dos usuários, sejam esses serviços municipais, estadual ou federal.

Neste grupo também foi definido que seria construída uma Linha de Cuidado para cada região de saúde, considerando, assim, os pontos de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade. Com a regionalização dos pontos de atenção, cada região de saúde terá de um a dois hospitais de referência para a realização da cirurgia bariátrica e dos cuidados pós-operatórios por até 18 meses a partir da implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, conforme **Figura 12** abaixo:

Figura 12: Rede Hospitalar Cirurgia Bariátrica



Fonte: SSAROAS/SESA

Entre a população acompanhada pelo Programa Bolsa Família, chama atenção à proporção de sobrepeso e obesidade, fator de risco para as DCNT.

Quadro 1: Situação nutricional da população acompanhada pelo PBF, 2018.

Estado Nutricional de crianças < 5 anos segundo o IMC para idade, Espírito Santo, 2018.

0 a < 5 anos	Sul	Central	Metropolitana	Norte
Risco de Sobrepeso	18,95%	18,06%	18,66%	17,63%
Sobrepeso	8,51%	7,85%	7,21%	7,06%
Obesidade	6,18%	6,03%	4,49%	5,37%

Estado Nutricional de crianças de 5 a 10 anos segundo o IMC para idade, Espírito Santo, 2018.

5 a < 10 anos	Sul	Central	Metropolitana	Norte
Sobrepeso	15,64%	15,06%	15,38%	14,06%
Obesidade	8,57%	8,24%	7,77%	7,14%
Obesidade grave	5,74%	4,92%	3,72%	4,40%

Estado Nutricional de Idosos segundo o IMC, Espírito Santo, 2018.

Idosos > 60 anos	Sul	Central	Metropolitana	Norte
Sobrepeso	55,12%	54,82%	56,24%	53,70%

Estado Nutricional de Adultos segundo o IMC, Espírito Santo, 2018.

Adultos 20 a 60 anos	Sul	Central	Metropolitana	Norte
Sobrepeso	33,08%	32,94%	32,83%	32,80%
Obesidade grau I	20,26%	20,09%	19,90%	19,85%
Obesidade grau II	8,34%	8,50%	8,27%	8,02%
Obesidade grau III	4,18%	4,04%	4,10%	3,51%

Estado Nutricional de Adolescentes segundo o IMC para idade, Espírito Santo, 2018.

10 a 19 anos	Sul	Central	Metropolitana	Norte
Sobrepeso	19,47%	18,42%	18,60%	18,49%
Obesidade	8,16%	8,09%	8,39%	7,15%
Obesidade grave	1,98%	1,65%	2,11%	1,45%

Fonte: SISVAN

Para o enfrentamento das questões relacionadas ao sobrepeso e a obesidade, propomos: ampliar a oferta de práticas de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade na APS; capacitar os profissionais de saúde da APS para adequado acompanhamento das pessoas com sobrepeso e obesidade – projeto em parceria com UFES/CAPES; implantar a Regulação Formativa Territorial na linha de cuidado a partir da definição de onde será ofertada a AAE em cada região de saúde; analisar a viabilidade de implantação do apoio matricial em sobrepeso e obesidade a partir da definição do (s) ponto (s) de atenção que realizarão a AAE na linha de cuidado de cada região e organizar, na rede estadual, a atenção ambulatorial especializado de no mínimo dois anos que, segundo as Portarias n. 424/2013 e n. 425/2013, deve anteceder o encaminhamento para a cirurgia bariátrica.

Hipertensão e Diabetes: por apresentarem características comuns, propõe-se manuseio conjunto objetivando reduzir seu impacto na morbimortalidade das DANT's.

Em 2016 teve inicio a primeira revisão do protocolo de hipertensão e diabetes (editado em 2008), tendo em vista a necessidade de ser constantemente atualizado conforme surgimento de novas Diretrizes das Sociedades (Sociedade Brasileira de Diabetes –SBD- e Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC) que norteiam as recomendações para uma melhor assistência ao usuário.

Nesse contexto foram implantadas as Unidades Cuidar com um novo modelo de atenção à saúde, denominado MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas, que traz mudanças estruturantes na organização da RAS. Com isso é foi necessário adequar o protocolo e a linha de cuidado da Hipertensão ao novo modelo de atenção à saúde.

A partir desta necessidade, foram criadas as fichas de estratificação de risco, fluxograma de compartilhamento entre APS e Atenção Especializada.

Para o próximo período há necessidade de elaborar e implantar a Linha de Cuidado de Hipertensão e Diabetes Méllitus; revisar e implantar o Protocolo e capacitar os profissionais para utilização do mesmo.

Oncologia: O Plano Estadual de Oncologia foi elaborado em 2016 com objetivo de organizar a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – eixo dos cânceres.

Para sua efetivação havia necessidade de rever e organizar os serviços na atenção primária, especializada e hospitalar com definição das competências e fluxo assistencial entre os entes que compõem o Sistema Único de Saúde.

Houve avanços na discussão e ampliação da contratação e consequentemente oferta de novos serviços como radioterapia, hematologia e iodoterapia, com avanços nessa a reorganização por meio da regionalização dos pontos de atenção.

Foram elaboradas as Linhas de Cuidado do câncer de colo do útero e câncer de mama e está em elaboração a Linha de Cuidado do câncer de boca.

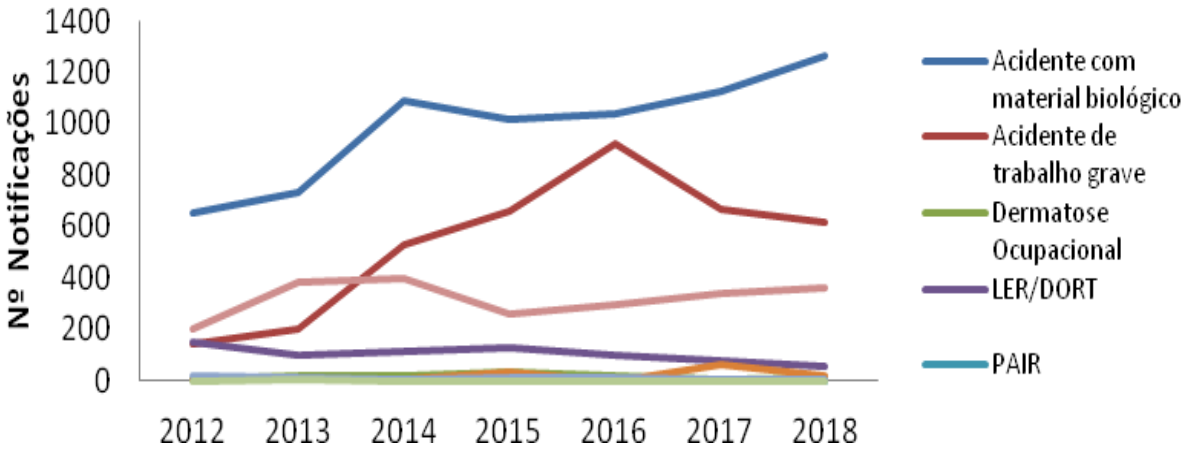
O estado possui 06 UNACONs e 01 CACON e mesmo assim, ainda há insuficiência de serviços de radioterapia, inexistência de oferta de onco hemato; inexistência de fluxos e hospitais de referência para urgências em oncologias. Pela dificuldade de cumprimento da Lei n. 12.732, de 22/11/2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, há um número elevado de mandados judiciais para medicamentos de oncologias .

Doenças e Acidentes de Trabalho

Os acidentes e agravos relacionados ao trabalho são de notificação compulsória desde 2004. Os acidentes com exposição a material biológico, os acidentes graves e fatais e a intoxicação exógena são agravos de notificação universal. As LER/DORT, dermatoses, pneumoconioses, PAIR, câncer relacionado ao trabalho e transtorno mental são doenças de notificação por estratégia sentinela.

Apesar da subnotificação, a **Figura 13** aponta aumento na notificação de casos de acidente com material biológico, intoxicações relacionadas ao trabalho e acidentes graves.

Figura 13: Notificações dos agravos relacionados ao trabalho. ES, 2012 a 2018



Fonte: Sinan, 2012 a 2018.

Ao analisar as notificações por região de saúde observa-se que há grande variação no número de notificações entre as regiões e entre os municípios de uma mesma região. Elas estão principalmente na região de saúde metropolitana, onde encontramos a maior concentração populacional do estado e também os grandes hospitais de referência.

Em 2018, com objetivo de reduzir a subnotificação e melhorar a qualidade da informação, foi iniciado processo de monitoramento e investigação de óbitos de trabalhadores, inclusive de trabalhadores formais não segurados pela Previdência Social e de trabalhadores informais.

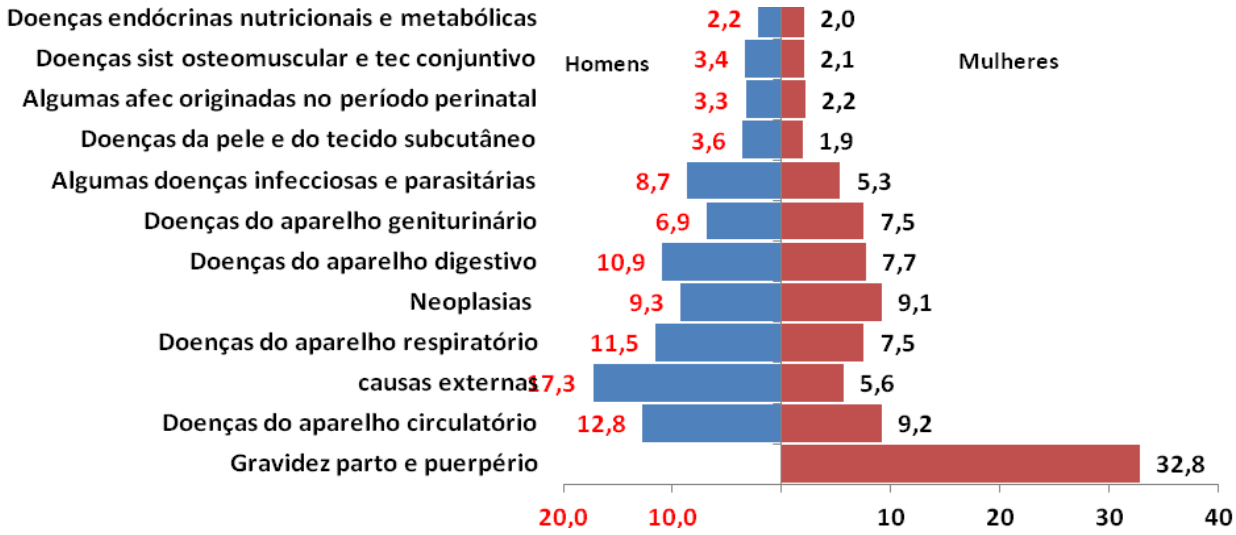
Enquanto a Previdência Social registrou, em 2018, 46 óbitos, a SESA registrou, no mesmo período, 105 óbitos, sendo 95% de trabalhadores do sexo masculino. Destes acidentes, 28% ocorreram com

trabalhadores autônomos – a maioria trabalha de forma independente ou presta serviços para pessoas físicas. As ocupações com maiores números de óbitos foram motoristas de caminhão e pedreiros. Com base nos dados de 2018, estima-se a ocorrência de 36 acidentes de trabalho por dia e uma morte a cada três dias no Estado.

1.2.4 Morbidade Hospitalar

No estado, as DANT`s vêm mantendo-se como primeiras causas de internações hospitalares, em decorrência da exposição aos fatores de risco altamente prevalentes para o desenvolvimento dessas doenças. Para as mulheres, desconsiderando a gravidez, parto e puerpério, as doenças cardiovasculares e neoplasias são as principais causas de internação. Para os homens, as causas externas ocupam a primeira causa de internação, seguidas de doenças do aparelho circulatório e respiratório. (**Figura 14**)

Figura 14: Morbidade hospitalar proporcional pelas dez primeiras causas, segundo Cap. CID-10, de residentes no Estado do Espírito Santo 2018.



Fonte: SESA/SIH

Como registrado anteriormente (Figura 11) constam entre as 10 principais causas de anos de vida perdidos ou vividos com incapacidades, além das doenças cardiovasculares e violências, a dor lombar, cefaleia e transtorno de ansiedade.

O perfil de morbidade hospitalar deve orientar dois importantes aspectos da organização da rede de serviços de saúde: a APS, como ordenadora do cuidado e coordenadora do acesso e a perfilização da AAE e da rede hospitalar para suprir a necessidade dos cuidados especializados. O

PES 2020-2023 traz dentre suas agendas estratégicas o fortalecimento da APS e a elaboração do Plano Diretor de Redes Hospitalares, como respostas a estas necessidades.

1.2.5 Mortalidade

Mortalidade Geral

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 predispõem a exposição aos fatores de risco tais como: sedentarismo, obesidade, tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas contribuindo para a ocorrência de óbitos.

Nas últimas décadas, a mortalidade no estado apresentou alterações importantes, considerando o perfil etário e a distribuição dos grupos causais. Em 1998, a principal causa de morte era decorrente de doenças do aparelho circulatório, o que permaneceu em 2018. As causas mal definidas, que em 1998 apareciam como a segunda causa de morte, reduziu consideravelmente com a implantação do Sistema de Verificação de Óbitos (SVO). Dentre os dez principais grupos de causas, foram observadas algumas mudanças significativas no ranking entre 1998 e 2018. (**Tabela 1**).

Tabela 1: Ranking das principais causas de mortes ocorridas no Espírito Santo nos períodos de 1998 e 2018.

Ranking 1998	Capítulo CID 10	Ranking 2018	Capítulo CID 10
1º	IX. Doenças do aparelho circulatório	1º	IX. Doenças do aparelho circulatório
2º	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2º	II. Neoplasias (tumores)
3º	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3º	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade
4º	II. Neoplasias (tumores)	4º	X. Doenças do aparelho respiratório
5º	X. Doenças do aparelho respiratório	5º	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
6º	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6º	XI. Doenças do aparelho digestivo
7º	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	7º	VI. Doenças do sistema nervoso
8º	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8º	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
9º	XI. Doenças do aparelho digestivo	9º	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
10º	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	10º	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal

Fonte: DATASUS/SIM

A mortalidade geral apresentou redução de 10% entre os habitantes no período de 1998 e 2018, passando de 6,1 para 6,0 por mil habitantes. A proporção de óbitos por faixa etária aponta a dimensão do peso das principais causas de óbito em cada faixa (**Quadro 2**).

As causas externas que em 1998 apareciam como terceira causa, alternou com as Neoplasias o segundo e terceiro lugares no ranking da mortalidade. Em 2018 aparecem como primeira causa de óbito na população desde os 05 até os 49 anos, as Neoplasias em segundo lugar desde os mais jovens até os idosos e as Doenças do Aparelho Circulatório como a terceira causa mais frequente já a partir dos 30 anos de idade. O decréscimo das mortes violentas e a situação das DCNT já foram analisados anteriormente. Vale registrar o dado negativo da mortalidade precoce por condições crônicas e a necessidade de intensificação do controle das mesmas em todos os níveis da rede de atenção, de modo integrado e ascendente a partir da APS. O projeto de implantação da Regulação Formativa Territorial é uma das intervenções previstas no PES 2020-2023 para responder a este cenário, associada a todas as estratégias de qualificação da APS e de organização da AAE e da Atenção Hospitalar.

Quadro 2: Principais causas de óbito segundo faixa etária e capítulo da CID 10. ES, 2018

Idade	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+
1º	Afec. Perin.	Resp.	C. Ext	C. Ext	C. Ext	C. Ext	C. Ext	C. Ext	Ap. Circ	Ap. Circ	Ap. Circ	Ap. Circ
2º	Mal form.	C. Ext	Neo	S Nerv	Neo	Neo	Neo	Neo	Neo	Neo	Neo	Resp.
3º	Resp.	Mal form.	Resp.	Neo	S Nerv	DIP	Ap. Circ	Ap. Circ	C. Ext	Resp.	Resp.	Neo
4º	C. Ext	S Nerv	S Nerv	Resp.	Ap. Circ	Ap. Circ	DIP	Ap. Digest.	Ap. Digest.	D. End. Nutr.	D. End. Nutr.	S Nerv
5º	DIP	Neo	Mal form.	Mal form.	Resp.	Resp.	Resp.	Resp.	D. End. Nutr.	C. Ext	Ap. Digest.	D. End. Nutr.
6º	S Nerv	Ap. Circ	Ap. Circ	Ap. Circ	DIP	S Nerv	Ap. Digest.	DIP	Resp.	Ap. Digest.	C. Ext	Ap. Genitu rinário
7º	Ap. Digest.	DIP	DIP	D. End. Nutr.	Mal form.	D. End. Nutr.	D. End. Nutr.	D. End. Nutr.	DIP	DIP	S Nerv	C. Ext
8º	Ap. Circ	Af. Perina tal	Ap. Digest.	Ap. Genituri nário	D. End. Nutr.	Ap. Digest.	S Nerv	Ap. Genituri nário	Ap. Genituri nário	Ap. Genitu rinario	Ap. Genitu rinário	Ap. Digest.
9º	Neo	Ap. Digest.	D. End. Nutr.	Ap. Digest.	Ap. Digest.	Gr. Parto/ Puerp	Ap. Genitu rinário	S Nerv	S Nerv	S Nerv	DIP	DIP

Fonte: SESA/SIM

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 2018 foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 8.797 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que a maior frequência foi no ano de 2014, com um total de 1.324 óbitos. A Região de Saúde Metropolitana foi a que mais registrou óbitos no período, seguida da Região Sul, da Central e por último, da Região Norte.

Os óbitos foram mais frequentes na faixa etária entre 40 a 49 anos (47,0%), com maior ocorrência no ano de 2018 com 50,3%; seguidos da faixa etária entre 30 a 39 anos (28,0%) e 20 a 29 anos (16,2%).

Dentre as principais causas de óbito, as que mais se destacaram no período foram as causas externas, seguidas das neoplasias e, em terceiro lugar, as doenças do aparelho circulatório. Essa tendência se manteve entre os anos de 2012 a 2015 e começou a mudar nos anos de 2016 a 2018, nos quais as neoplasias apareceram como primeira causa de óbito e as causas externas como a segunda causa. As doenças do aparelho circulatório se mantiveram em terceiro lugar em todo o período.

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. (**Tabela 2**).

Tabela 2: Causas de óbitos de mulheres em idade fértil segundo causas externas - ES. 2012 a 2018

Causas Externas	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Homicídio	42,1	44,1	39,9	36,7	33,2	44,4	31,7
Suicídio	10,7	8,1	12,1	11,9	16,2	10,5	16,3
Acidentes de Transportes	35,0	29,4	32,3	29,3	31,6	30,4	27,6
Outros Acidentes	1,5	5,4	5,7	4,2	3,6	3,5	6,5
Afogamento	4,7	2,1	3,0	5,7	2,0	1,4	2,4
Queda	2,1	3,0	1,2	3,9	3,6	1,0	2,8
Queimadura	0,6	0,9	0,6	0,6	0,4	0,7	1,2
Eventos cuja intenção é indeterminada	3,3	5,4	3,9	7,2	8,1	6,3	10,6
Demais causas externas	0,0	1,5	1,2	0,6	1,2	1,7	0,8

Fonte: SIM/SESA

A mortalidade relacionada à gravidez, parto e puerpério ocupa a oitava causa de mortalidade em mulheres em idade fértil no ES.

Mortalidade Materna

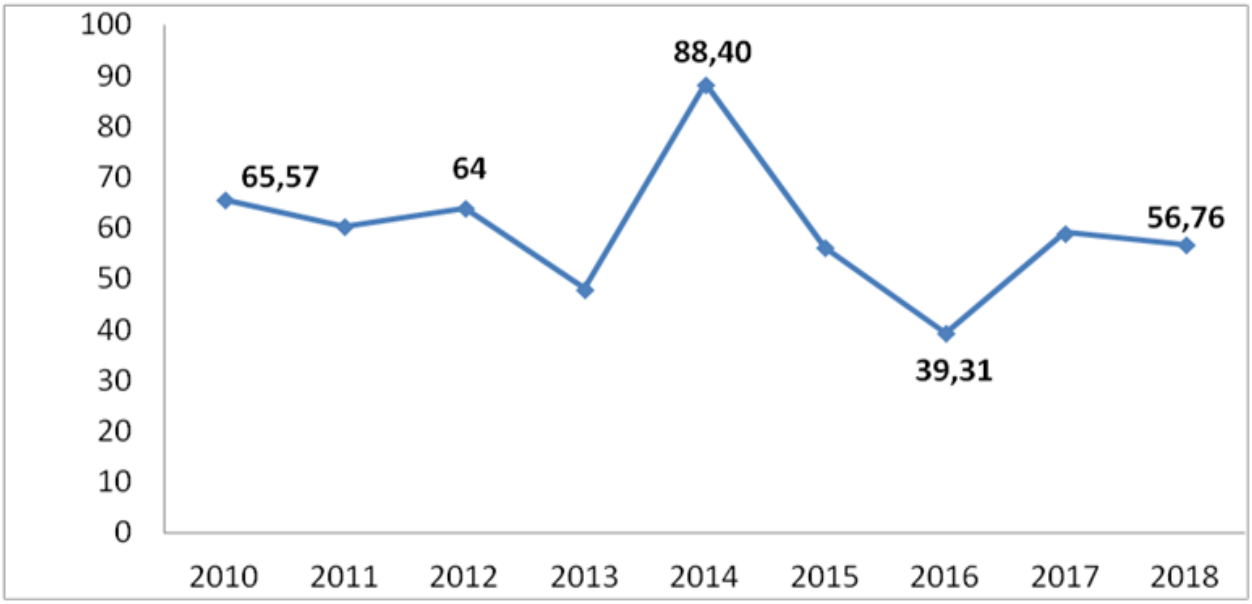
É considerado óbito materno a morte de mulher, ocorrida durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, devida a quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização,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

A taxa de mortalidade materna oscilou no período de 2012 a 2018, atingindo o valor máximo (88,4) em 2014 e mínimo (39,3) em 2016. Em 2018 foram 31 óbitos maternos, representando 56,76 para cada 100.000 nascidos vivos (**Figura 15**). A OMS considera ideal um coeficiente de mortalidade materna de até 10 mortes/100.000 nascidos vivos e, aceitável, de até 20 mortes/100.000 nascidos vivos.

A Região de Saúde Metropolitana apresentou maior número de óbitos maternos em 2018, com 21 óbitos. A Região Sul registrou 04 óbitos, seguida da Norte e Central que apresentaram 03 óbitos cada, totalizando no estado 31 óbitos maternos.

As principais causas de óbito materno no ano de 2018 foram: infecção puerperal, hipertensão gestacional, descolamento prematuro de placenta e hemorragia pós- parto.

Figura 15: Mortalidade Materna / 100 mil NV – ES 2010 a 2018



Fonte: SIM e SINASC

A vigilância do óbito materno, infantil, fetal e de mulheres em idade fértil consiste em identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos com o objetivo de conhecer o número e o perfil das mortes, seus determinantes, potencial de evitabilidade e recomendar medidas de prevenção, por meio da melhoria da assistência.

Institucionalmente, a vigilância do óbito ocorre com a atuação das Secretarias Municipais de Saúde, das Superintendências Regionais de Saúde e do Nível Central da SESA, e também pelos comitês de mortalidade materna e infantil instituídos nas regiões de saúde, em municípios com mais de 80 mil habitantes e do comitê estadual. Os comitês regionais estão instruídos, sem ainda ter pleno funcionamento. Carecem de investimento em profissionais qualificados e de sensibilização quanto à importância de sua atividade.

A investigação do óbito tem como finalidade precípua a qualificação da informação, portanto todas as etapas da investigação seja domiciliar, ambulatorial e hospitalar, bem como a autópsia verbal (entrevistas com pessoas próximas da pessoa falecida sobre as circunstâncias que levaram à morte), devem ser operacionalizadas de forma a obter informações mais qualificadas possíveis do ponto de vista médico-epidemiológico.

Historicamente, o ES tem avançado no alcance das metas da OMS/MS de investigação de óbitos desde o advento das Portarias Ministeriais 1.119 de 05/06/2008 e 072 de 11/01/2010, que tornaram obrigatória a investigação de mortes maternas, de mulheres em idade fértil, infantis e fetais em todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados.

Em 2017 foram investigados 88,72% dos óbitos infantis e 86,77% dos fetais; 96,45% dos óbitos de mulheres em idade fértil e 100,00% dos maternos. Em 2018 (dados ainda sujeitos às alterações), foram investigados 100,00% de óbitos maternos, 96,09% óbitos de mulheres em idade fértil, 94,32% de óbitos infantis e 96,29% dos fetais.

Apesar dos resultados satisfatórios, ainda há grande potencial de melhoria de causas evitáveis do óbito materno tanto no pré-natal quanto no parto e pós-parto imediato. Um conjunto de intervenções previstas no PES 2020-2023 prevê uma meta ousada de redução em 40% nos óbitos maternos nos próximos 04 anos.

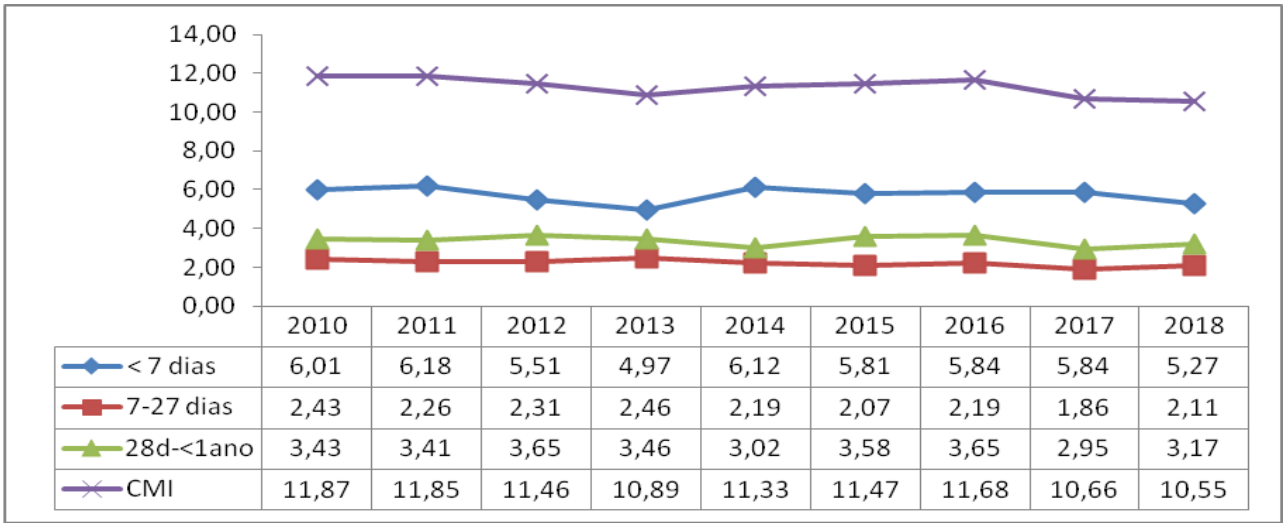
Mortalidade Infantil

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.

Entre 2010 e 2018, a TMI apresentou tendência de queda, passando de 11,87 para 10,55 óbitos/1000 NV. Apesar da tendência de declínio da mortalidade infantil no estado, a mortalidade neonatal se manteve elevada. A concentração das mortes infantis na primeira semana de vida demonstra a estreita relação da mortalidade neonatal precoce com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período do 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 tiveram como principais causas evitáveis aquelas consideradas reduzíveis por adequada atenção à gestante no parto, sinalizando a necessidade de melhoria do acesso ao pré-natal e ao parto adequado, reforçando a gestão integrada e articulada das linhas de cuidado e da rede de atenção materna e infantil.

Figura 16: Mortalidade infantil nos componentes neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal e infantil – ES 2010 a 2018.



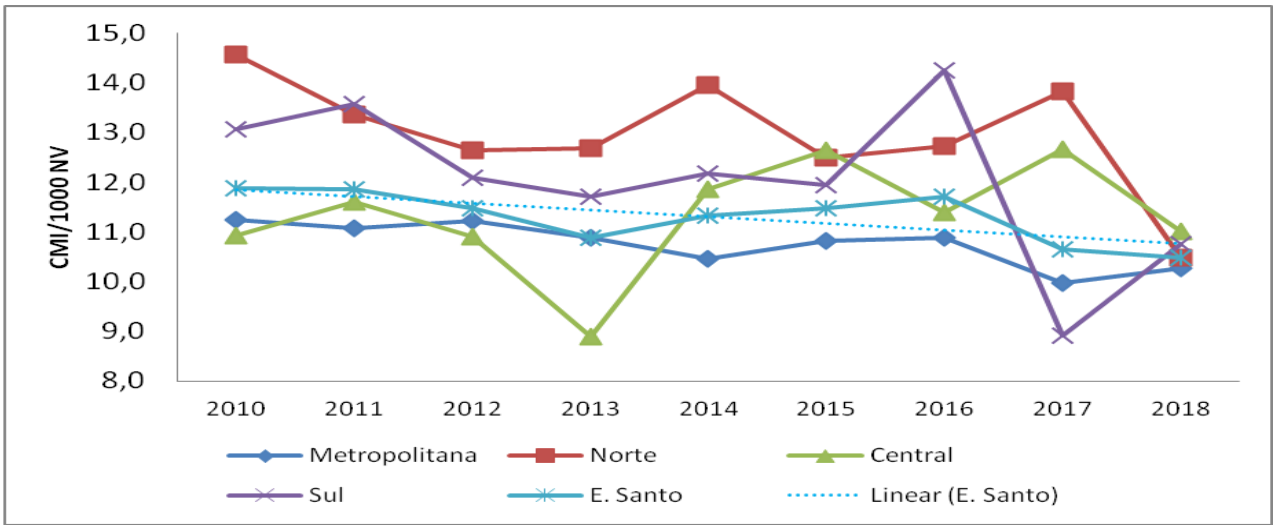
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
< 7 dias	6,01	6,18	5,51	4,97	6,12	5,81	5,84	5,84	5,27
7-27 dias	2,43	2,26	2,31	2,46	2,19	2,07	2,19	1,86	2,11
28d-<1ano	3,43	3,41	3,65	3,46	3,02	3,58	3,65	2,95	3,17
CMI	11,87	11,85	11,46	10,89	11,33	11,47	11,68	10,66	10,55

Fonte: SESA/SIM e SINASC

Nas regiões de saúde, verificou-se que a Região Norte tem permanecido com os níveis mais elevados de mortalidade infantil do estado embora venha apresentando redução.

Na região Central e na Sul percebem-se as maiores oscilações do CMI, porém, em 2018 todas as regiões se aproximaram da média estadual, conforme **Figura 17**.

Figura 17: Mortalidade infantil segundo Regiões de Saúde de residência. ES 2010 a 2018.

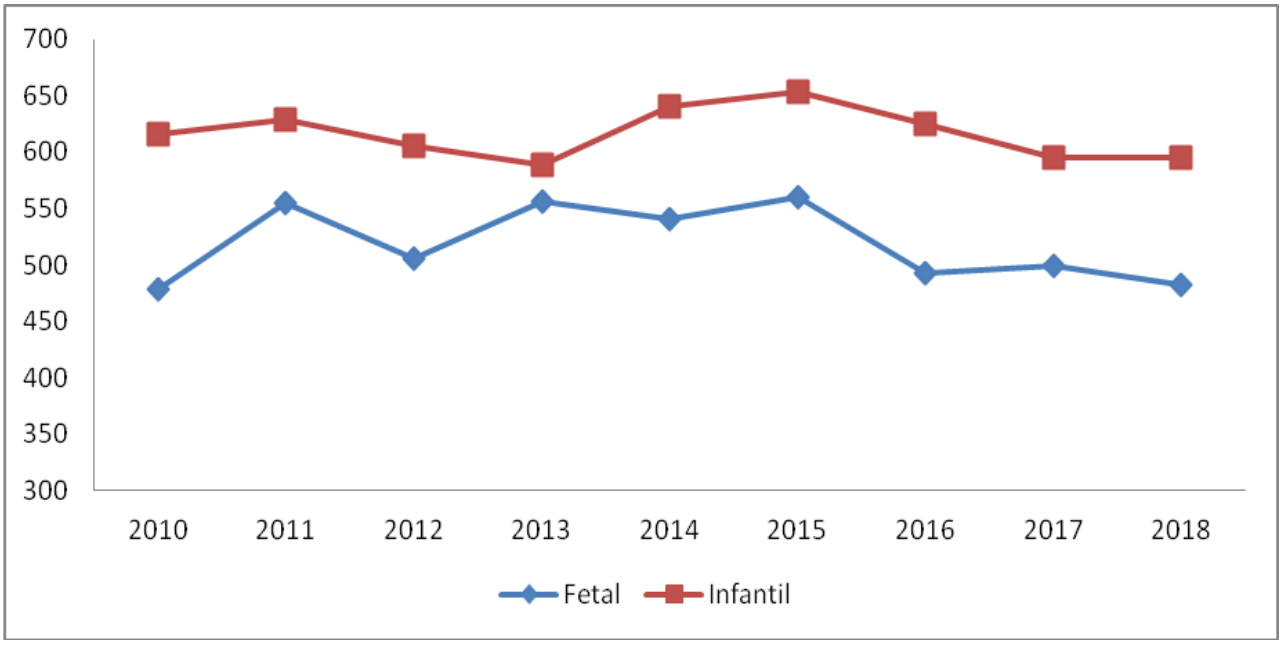


Fonte: SESA/SIM e SINASC

Além da mortalidade infantil, os óbitos fetais representam um desafio e requer destaque no planejamento da rede de atenção materna. A mortalidade fetal partilha com a mortalidade

neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. Quase 50% destes óbitos ocorreram a partir da 32ª semana gestacional.

Figura 18: Número absoluto de óbito infantil e óbito fetal – ES 2010 a 2018



A mortalidade perinatal, óbitos fetais e neonatais precoces com peso ao nascer a partir de 500 g e/ou 22 semanas de idade gestacional, tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução da morte fetal e neonatal precoce por causas evitáveis.

1.3. Vigilâncias das populações expostas a contaminantes químicos - VIGIPEQ

Vigisolo

Atualmente o VIGISOLO está implantado nos 09 municípios com população superior a 100 mil habitantes e em 41 municípios com população inferior a 100 mil habitantes. Desde sua implantação em meados de 2006, até dezembro de 2018, foram cadastradas no SISSOLO 568 áreas contaminadas ou suspeitas de contaminação, com um número estimado de mais de 1.000.000 de pessoas expostas ou potencialmente expostas a contaminantes químicos.

Das 568 áreas cadastradas, 259 áreas ou 46 % do total são classificadas como Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços (UPAS), onde se inserem áreas de postos e distribuidoras de combustíveis e derivados do petróleo, lava-jatos e oficinas de manutenção de veículos. Em seguida, com 214 áreas cadastradas ou 38% do total, estão áreas classificadas como Área de

Disposição Final de Resíduos Urbanos (ADRU). Nessa classificação se inserem áreas de lixões, aterros sanitários, cemitérios, estações de tratamento de esgoto e depósitos de sucatas (ferros velhos). Destacam-se também as áreas classificadas como Área Industrial, que somam 36 áreas e equivalem a 7 % do total de áreas cadastradas.

A região de saúde Metropolitana por concentrar a maior parte da população está potencialmente mais exposta às áreas identificadas com suspeitas de contaminação do solo.

Vigiar

Em 2014 foram preenchidos pela última vez os dados do site IIMR - INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE MUNICÍPIOS DE RISCO - de todos os municípios do estado a partir de informações de diversas fontes: Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para as variáveis indústrias de extração, indústrias de transformação, frota veicular e queima de biomassa, foram utilizados os dados referentes a 2014, conforme instrutivo disponibilizado pelo MS. No que se refere às doenças respiratórias, foram utilizados dados referentes às taxas de mortalidade e de internação (morbidade), fornecidos pelo DATASUS. A partir dos dados coletados pelo IIMR, pode-se dizer que o estado possui 1.984 fontes fixas de poluição, sendo que 58,83% (1.167) se referem à indústria de transformação e 41,17% (817) à indústria de extração.

Segundo os dados informados, predomina a presença de Extração de Minerais Não Metálicos com 791 (39,86%), depois a Torrefação e Moagem de Café incluindo os secadores de café com 452 (22,78%), e a Metalurgia e Siderurgia com 283 (14,26%). Das 817 indústrias de extração, 791 referem-se a minerais não metálicos trabalhados em 65 municípios. Para esta atividade foram considerados de alto risco para a saúde os municípios de: Água Doce do Norte, Conceição do Castelo, Afonso Cláudio, Iconha, Mimoso do Sul, Anchieta, Venda Nova do Imigrante, Águia Branca, Rio Novo do Sul, São Mateus, Alegre, Alfredo Chaves, Guarapari, Montanha, Muniz Freire, Pancas, Santa Leopoldina, Vitória. Os municípios de Castelo, Vargem Alta, Cachoeiro de Itapemirim, Itapemirim, Barra de São Francisco, Aracruz, Colatina, Vila Pavão, Ecoporanga, Baixo Guandu, Nova Venécia, Serra, Linhares, Itaguaçu e Vila Velha foram considerados críticos para esta atividade, representando maior risco para a saúde. Nestes municípios de alto risco e crítico, a população exposta é de 2.458.392 habitantes.

No que se refere às indústrias de transformação, a torrefação e moagem de café, os secadores de café, são responsáveis pelo risco alto e crítico em 32 municípios capixaba.

No estado, em 2018, a frota veicular era de 1.906.054 veículos diversos (DETRAN-ES). Para essa variável, os municípios foram inseridos uniformemente nas classes de baixo risco, médio risco, alto risco e crítico, sendo as classes de alto risco e crítico um total de 74,1% da população do estado, o que corresponde a 3.512.672 pessoas. Observa-se, então, que a frota veicular é outro fator importante para a relação entre poluição do ar e a qualidade da saúde.

Os 2.196 focos de calor (queima de biomassa) distribuem-se de forma homogênea entre os municípios, ressaltando-se que apenas 02 municípios apresentam risco zero para esse indicador.

No que se refere aos indicadores de saúde, as taxas de mortalidade por doenças respiratórias indicam que nenhum município está na faixa de risco zero e que 42 municípios (53,8%) estão na faixa de risco baixo e médio; 36 municípios estão na faixa de risco alto e crítico, correspondendo a 46,2% e uma população de 1.017.345 pessoas. Para óbitos em menores de 05 anos, 59 municípios (75,6%) estão na classe de risco zero, abrangendo 42,1% da população (1.480.280 habitantes).

Para óbitos em maiores de 60 anos, 20 municípios (25,6%) estão na classe de baixo risco e 20, na de médio risco. Porém, 34,3% da população (1.202.265) estão na classe de alto risco e risco crítico.

Em relação ao IIMR, destacam-se as faixas etárias de crianças e idosos por apresentarem maior suscetibilidade aos efeitos da poluição do ar. Considerando as taxas de morbidade (internações) por doenças respiratórias, a maioria dos municípios foi distribuída quase uniformemente nas classes de baixo risco, médio risco, alto risco e crítico, com nenhum município na classe de risco zero. Para as taxas de internações em menores que 05 anos, nenhum município apresentou risco zero, no entanto a população se distribui uniformemente nas demais categorias de risco. Resultado semelhante para maiores de 60 anos, com nenhum município com risco zero e as demais categorias com distribuição uniforme. A partir da classificação de risco fornecida pelos resultados do IIMR, foram atribuídas pontuações para os municípios, considerando as 22 variáveis. Desse modo foram selecionados 28 municípios o que corresponde a 35,89% dos municípios capixabas.

Vigiágua

A CESAN atua em 52 municípios por meio de contratos de concessões com estes, por delegação do Governo do Estado. Em 25 municípios o tratamento e distribuição de água e captação e tratamento do esgoto é realizada pelos Sistemas Autônomos de Água e Esgoto das prefeituras. Em Cachoeiro de Itapemirim o serviço é privado.

Conforme informações do SISAGUA, 74,35% da população é abastecida por Sistema de Abastecimento de Água. O abastecimento por meio de Solução Alternativa Coletiva – SAC abrange 1,77% da população (68.889 hab.) e por Solução Alternativa Individual – SAI (água de poço subterrâneo) 0,53% (20.502 hab.). Há falta de informação a respeito da forma de abastecimento de água para 23,34% da população, ou seja, 906.961 hab.

O SISAGUA mostra que 82,05% municípios alimentam informações de cadastro, controle e vigilância, 14,10 % inserem apenas informações de cadastro e vigilância, 1,28 % apenas cadastro e controle, 1,28 % apenas cadastro e 1,28 % estão silenciosos.

1.4 Vigilância Sanitária

Atua sobre o controle de bens e de prestação de serviços relacionados direta ou indiretamente com a saúde, compreendidas todas as etapas e de todos os processos, da produção ao consumo:

- Produtos de Interesse à Saúde – atua na redução ou prevenção dos riscos de exposição da população a produtos irregulares ou com desvios de qualidade. Também atua no credenciamento das Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida (UPDT), com o aumento do número de casos desta síndrome, a atuação da Vigilância Sanitária está sendo feita em conjunto com a Assistência Farmacêutica. O estado conta hoje com 50 UPDT credenciadas.

- Alimentos - atua na fiscalização de indústrias alimentícias em geral, de água mineral, de aditivos e embalagens para alimentos, com o objetivo de avaliar as condições de funcionamento destes estabelecimentos e identificar os riscos inerentes ao consumo dos produtos e também no fluxo de investigação de surtos alimentares por meio da verificação das condições de preparo dos alimentos em qualquer tipo de ambiente. O maior problema identificado tem sido o não cumprimento das boas práticas de fabricação que pode levar a produção de alimentos com desvios de qualidade e consequentemente, maior risco à saúde da população.

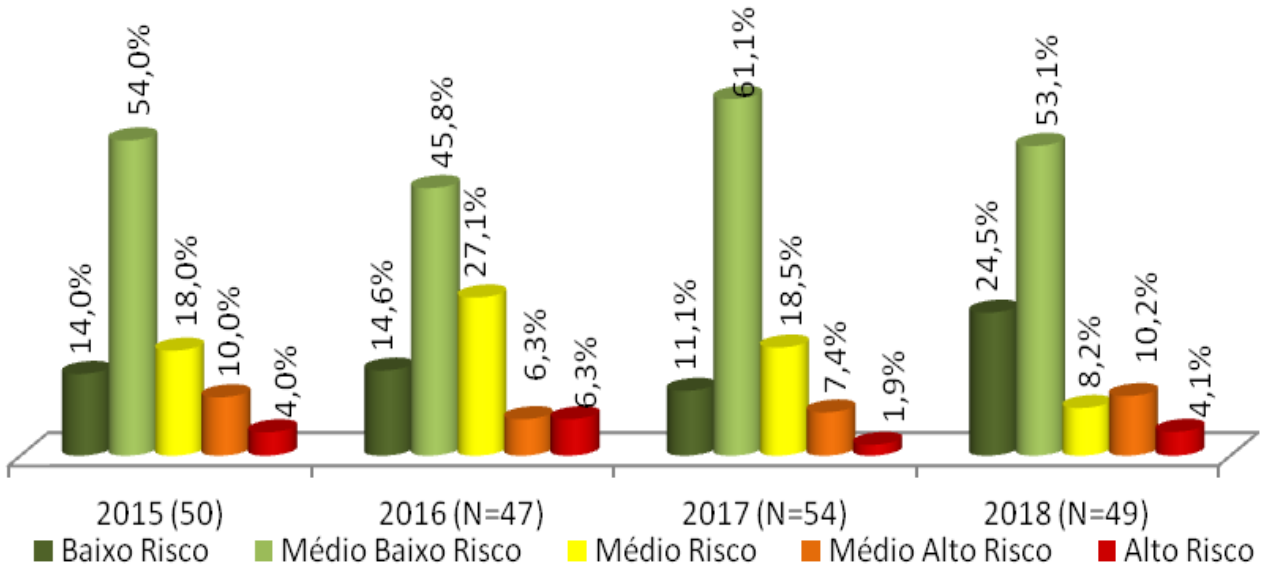
- Serviço de Saúde e Serviço de Interesse à Saúde - Atuação em hospitais, clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento. Desde 2017, as ações de fiscalização nos Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta de Leite Humano passaram a ser licenciados de forma independente dos hospitais, desencadeando melhoria crescente da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários. Para melhorar o gerenciamento desta produção os serviços foram estimulados a aderir ao sistema da Rede Brasileira de Bancos de Leite BLHWeb.

Na fiscalização do serviço de radiodiagnóstico com uso de radiação ionizante e de ressonância magnética foi dado ênfase ao Programa de Controle de Qualidade em Mamografia, visando melhorar a qualidade do serviço e a detecção precoce de cânceres de mama.

Para garantir a qualidade e segurança dos serviços oferecidos na Terapia Renal Substitutiva (TRS), foi fomentado parceria com o LACEN-ES para monitoramento da qualidade da água utilizada.

Para avaliar o risco potencial dos Serviços de Hemoterapia (SH) está sendo utilizado 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 2015 a 2018, o "Médio Baixo Risco Potencial" foi a categoria mais prevalente no estado, observamos uma tendência de melhoria nesse agrupamento nos primeiros anos da análise.

Figura 19: Distribuição percentual comparativa dos riscos potenciais dos serviços de hemoterapia avaliados nos anos de 2015 a 2018, segundo a categorização do MARP-SH/ANVISA.



- Controle de Infecção e Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde – objetiva reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Os incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados Eventos Adversos (EAs). Um exemplo é a Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS). A Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS) e a Comissão Estadual de Segurança do Paciente (CESP) trabalham visando produzir, sistematizar e difundir conhecimento sobre segurança do paciente e controle de IRAS e priorizam o assessoramento na implantação, estruturação e manutenção das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos hospitais, clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento. Tem como atribuição categorizar as CCIH através da análise do Roteiro de Inspeção das Ações de Controle de Infecção Hospitalar; realizar a avaliação estratificada do gerenciamento de risco dos NSP; descentralizar o controle de infecção e segurança do paciente para os municípios por meio de pactuação de ações em alinhamento com a política estadual e contribuir e apoiar o desenvolvimento de estratégias estaduais de segurança dos pacientes.

- Vigilância Pós-Comercialização / Pós-Uso – ocorre na análise 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. Como estes eventos são subnotificados, ficou estabelecida a necessidade de se trabalhar estratégias que fomentem, junto à sociedade, o aumento destas notificações.

A segurança e a qualidade do sangue e hemocomponentes devem ser asseguradas em todo o processo, desde a captação de doadores até a sua administração ao paciente. A hemovigilância se insere nessa perspectiva como um sistema de avaliação e alerta, e é organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes, a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência. No estado, de 2013 a

2018, foram realizadas 2.046 notificações relacionadas ao uso do sangue e de hemocomponentes. Os dados obtidos demonstram que a reação febril não hemolítica e a reação alérgica são as mais prevalentes. Dentre os avanços conquistados destacamos o aumento dos serviços cadastrados e das notificações, bem como a revisão dos protocolos para condutas frente às reações transfusionais imediatas e tardias através das inspeções sanitárias anuais. O desafio é manter estratégias de expansão e qualificação das notificações das reações transfusionais e a implementação de investigação dos eventos adversos do ciclo do sangue desde a doação.

Nas ações de pós-comercialização, a VISA participa do Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos sendo que, entre os anos de 2016 e 2017, foram coletadas e analisadas 21 amostras de medicamentos que apresentaram resultados satisfatórios.

A qualidade dos alimentos expostos ao consumo também é monitorada de forma conjunta com as VISA's municipais e o LACEN-ES, com a finalidade de identificar os setores produtivos que necessitam de intervenção institucional. Desde 2019, o estado está participando do Programa Nacional para a Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo - Pró-Iodo, Programa Especial para o Café e do Programa de Monitoramento do Plano de Reformulação dos Alimentos Processados – Sódio e Açúcar. Além disso, em conjunto com o LACEN-ES, está sendo desenvolvido projeto de monitoramento da qualidade de alimento específico, tais como queijos, pescado, água mineral, gelados comestíveis e produtos da páscoa.

Desde 2003, o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos – PARA, realiza o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos comercializados na cidade de Vitória. A partir de 2014, houve avanço para a implantação de um programa estadual, que propiciou maior autonomia em relação aos alimentos analisados e ao tratamento dos dados, ampliando a amostragem de alimentos para as quatro Regiões de Saúde e melhorando a articulação com as diversas instituições envolvidas com o tema.

No monitoramento de agrotóxicos nos alimentos em média são encontradas de 20 a 30% de amostras com irregularidades e a principal dificuldade para a atuação tem sido a ausência de rastreabilidade dos alimentos vegetais frescos. A Portaria Conjunta SEAG/SESA nº 001-R, de 24/11/2017 criou melhores condições de rastreabilidade, porque todos os entes envolvidos poderão ser identificados e responsabilizados, permitindo a autuação dos infratores e a adoção de medidas cautelares de proteção à saúde. Em 2020 será ampliado o programa para possibilitar o monitoramento de alimentos comercializados em todos os municípios, e a modernização do gerenciamento do programa, tornando as coletas e os encaminhamentos dos resultados mais eficientes e avançando na divulgação dos resultados para a sociedade.

- **Gestão da Qualidade –** a instauração de um Sistema de Gestão da Qualidade possibilitará a VISA realizar análises sistemáticas sobre os processos de trabalho, ouvir a população e o setor regulado no processo de levantamento de problemas, bem como planejar suas ações com base a ofertar melhores serviços a todos os que precisam das suas ações.

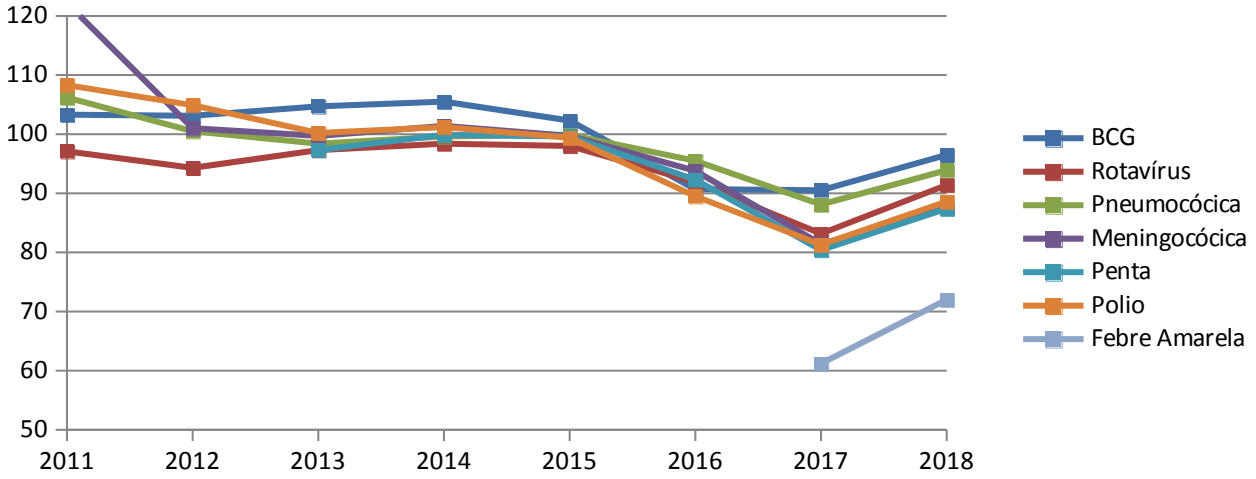
1.5 Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis

Coberturas Vacinais do Calendário de Vacinação da Criança

Até 2015 o estado alcançava coberturas vacinais adequadas 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), 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.

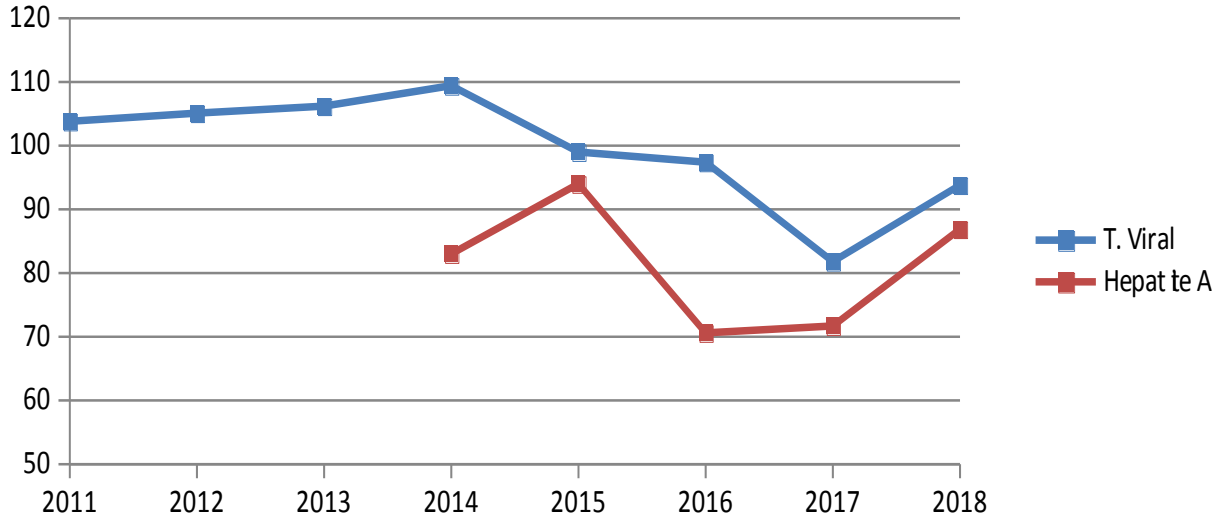
Nos últimos anos observa-se queda das coberturas vacinais das crianças no país, e no estado não foi diferente. Houve redução das coberturas vacinais nos anos 2016 e 2017 e embora em 2018 apresentasse alguma recuperação, não atingimos as metas preconizadas pelo MS (**Figuras 20 e 21**).

Figura 20: Cobertura vacinal das crianças menores de 1 ano de idade segundo imunobiológico. ES - 2011 a 2018.



Fonte: SIPNI/MS. Consulta em 20/08/2019.

Figura 21:Cobertura vacinal tríplice viral e hepatite A das crianças com 1 ano de idade ES, 2011 a 2018



Fonte: SIPNI/MS. Consulta em 20/08/2019.

Há questionamentos de alguns municípios em relação aos dados oficiais sob o argumento de sub-registro de imunização por dificuldades no processo de implantação do SIPNI.

Sistema de Informação do Programa de Imunizações

No final do ano 2014, os municípios iniciaram a implantação do Sistema de Informação Nominal e por Procedência do Vacinado (SIPNI). Atualmente, os municípios estão finalizando a implantação da ferramenta SIPNI e 92% das salas de vacinas do estado utilizam o sistema nominal. Com a implantação deste sistema em todas as salas de vacinas haverá a possibilidade de avaliação quanto à homogeneidade de cobertura uma vez que os dados serão coletados por procedência do usuário e não por local de ocorrência da vacinação. Isso só será possível quando todo o país estiver utilizando a ferramenta para que ocorra a migração dos dados para o município de residência do usuário.

Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE

O CRIE é o único serviço de vacinação com gestão estadual e tem por finalidade ofertar imunobiológicos especiais, de alto custo e tecnologia, a pessoas portadoras de doenças crônicas ou condições clínicas especiais para prevenção de doenças que são objeto do Programa Nacional de Imunizações, bem como garantir os mecanismos necessários para investigação, acompanhamento e elucidação dos casos de eventos adversos graves e/ou inusitados associados temporalmente à aplicação dos imunobiológicos. O CRIE virtual funciona com atendimento direto aos usuários e também como dispensador de imunobiológicos especiais a todos os municípios do estado.

Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

A operacionalização da vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, como: Difteria, Tétano, Coqueluche, PFA/Poliomielite, Influenza, Meningites e Doenças Exantemáticas, compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer o comportamento da doença selecionada como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

Os objetivos desta vigilância são: monitorar os indicadores relacionados às doenças imunopreveníveis; planejar, normatizar e coordenar as ações de prevenção e controle dessas doenças; estabelecer diretrizes técnicas, estabelecer e pactuar metas, e traçar o perfil epidemiológico destas doenças.

Levantamentos do MS apontam queda nas taxas de vacinação das crianças com menos de um ano no Brasil, dado preocupante porque doenças graves que, em alguns casos, levam à morte. São doenças que eram consideradas eliminadas, como o sarampo, a poliomielite e a difteria, e que podem voltar a afetar a população do país.

O sarampo, após ser considerado eliminado em 2016, nos últimos dois anos, retornou ao Brasil. No estado não há registro de casos autóctones de sarampo desde o ano de 2000, entretanto houve um caso importado da doença em 2013 e em 2019 diante dos surtos de sarampo no país, foi confirmado o primeiro caso importado em julho. Até dezembro de 2019, no estado foram notificados 304 casos suspeitos de sarampo, 300 foram descartados, e 04 foram confirmados, tendo estes, histórico de viagem para outros estados no período de contágio. (03 para São Paulo e 01 para Pernambuco), 03 vacinados com mais de 1 dose e 01 sem idade para vacinação à época. Quanto ao município de residência, 02 eram de Cariacica, sem relação entre eles, 01 de Alegre e 01 de Vitória. Sendo assim, é preciso intensificar a vigilância epidemiológica com o diagnóstico precoce dos casos suspeitos; priorizar a vacinação de grupos de riscos; realizar bloqueio vacinal seletivo dos contatos diretos e indiretos dos casos suspeitos, dentre outros. A campanha de vacinação atingiu cobertura maior que 100%.

1.6 Sistemas de Apoio à Vigilância em Saúde

As ações de vigilância em saúde contam com o apoio do Laboratório Central (LACEN) e o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), sendo ambos essenciais no processo de elucidação de diagnósticos e eventos relevantes do ponto de vista da saúde pública.

Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)

É o laboratório de referência estadual responsável pela realização de procedimentos laboratoriais de maior complexidade, para complementação de diagnóstico de doenças e agravos de interesse em saúde pública, investigação de surtos, epidemias, eventos inusitados de interesse a saúde pública; controle de qualidade analítica da rede estadual de laboratórios que executam de exames de interesse a saúde pública, como por exemplo: hanseníase, tuberculose, dengue, esquistossomose, malária, e leishmaniose tegumentar americana; análises de alimentos, medicamentos e de água para consumo humano. Em agosto de 2019, o LACEN recebeu a certificação internacional ABNT NBR ISO/IEC 17025, tornando-se um dos quatro laboratórios de saúde pública do Brasil acreditados junto ao Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro, sendo o laboratório público com o maior número de ensaios acreditados). Paralelamente, foi um dos cinco laboratórios públicos brasileiros selecionados através do Edital 01/2019 do Ministério da Saúde para integrar a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública como Laboratório de Referência Regional para a tuberculose e micobacterioses não tuberculosas.

Além de suas atividades voltadas para o atendimento às demandas da Vigilância em Saúde, desenvolve pesquisas em parceria com instituições de ensino e pesquisa capixabas, incluindo a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Outra atividade de extensão é a gestão/coordenação da Rede Estadual de Laboratórios (REDLAB/ES) composta por laboratórios, de gestão pública e privada, localizados nas quatro 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.

Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

O SVO é referência estadual na realização de necrópsias para esclarecimento de óbitos de causa natural não elucidada, em caso de óbito sem assistência médica ou com assistência médica onde a causa morte não foi definida ou foi mal definida.

Em 2018 foram realizadas 3.867 (três mil oitocentas e sessenta e sete) necrópsias de corpos provenientes de todo o estado. Desse total, 77% foram óbitos da região de saúde metropolitana, 9% procedentes da região norte, 8% da região central, 3% da região sul e os outros 3% foram de outras unidades federativas e/ou de procedência indeterminada.

2 - Caracterização do SUS – ES

2.1 Gestão de Pessoas

A Gestão de Pessoas no SUS-ES e no Brasil tem sofrido sucessivos ajustes em função das restrições legais impostas à administração direta, que se contrapõem às necessidades de organização da atenção à saúde de modo mais flexível e muitas vezes, urgente. Na busca de alternativas para superação dessas restrições e também de alternativas inovadoras, diversas formas de gestão tem sido implementadas pelos gestores de saúde no SUS. Parcerias com a rede filantrópica, Fundações, Organizações Sociais de Saúde – OSS's, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP's, são alternativas já experimentadas no SUS-ES, com impacto nas relações de trabalho tradicionais da administração direta.

A atual gestão incluiu nesta agenda a implantação de uma Fundação Estatal pública de direto privado para gradualmente gerir os serviços assistenciais próprios e seu respectivo quadro de pessoal. Esta decisão, aliada a um movimento de descentralização da gestão da Atenção Ambulatorial Especializada – AAE - para o nível municipal e a perfilização dos serviços assistenciais na lógica da regulação formativa deverão gerar forte impacto nas relações de trabalho vigentes.

Outras medidas inovadoras estão em estruturação no ICEPi com foco na gestão e qualificação de pessoas, bem como na inovação tecnológica e na reestruturação administrativa da SESA, apontando para um cenário de fortes mudanças até 2023. Essas medidas integram o PES 2020-2023, de forma especial, a Diretriz 02 desse plano.

Este contexto demandará durante a execução do PES 2020-23 amplos e intensos estudos para redimensionamento quali-quantitativo de pessoal da instituição.

2.1.1 Recursos Humanos

A gestão de pessoas da SESA precisa ser refletida na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS e no bem estar de cada servidor da estrutura institucional, por meio do desenvolvimento

da política de gestão do trabalho, cujo objetivo é qualificar e valorizar o servidor de forma universal.

Esses desafios, quando não equacionados, constituem-se nos principais fatores que geram desqualificação e precarização dos serviços e consequente baixa qualidade na assistência à saúde da população. Esse cenário pode impactar, de forma mais ou menos direta, todo corpo de trabalho da SESA, que em dezembro de 2019, totalizava 8.213 servidores, sendo: 4.776 trabalhadores efetivos, 3.005 contratados e 432 comissionados e funções gratificadas.

Nesse panorama é fundamental o fortalecimento da política de recursos humanos com vistas ao desenvolvimento, monitoramento e avaliação de competências e habilidades, contemplando o grupo de profissionais em atividade, mas também desenvolvendo estratégias de acolhimento aos novos trabalhadores, para maior vinculação e manutenção dessa força de trabalho nos diferentes serviços da SESA.

Paralelamente, haverá a necessidade de adoção de política de valorização e preparação dos servidores que estão próximos da aposentadoria, considerando em 2019 havia a previsão de 470 (quatrocentos e setenta) aposentadorias, aproximadamente 10% dos efetivos.

2.1.2 Educação Permanente em Saúde

O grande desafio que se coloca no setor saúde é mapear a sua força de trabalho e identificar as necessidades de formação e capacitação para os atores que fazem o SUS funcionar de forma efetiva. Neste sentido o estabelecimento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS constituiu um avanço por objetivar a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho, por meio do estímulo, do acompanhamento e do fortalecimento da qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço, CIES. Com a criação, em abril de 2019, do ICEPi bem como do Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS – ES ficou constituído um espaço de articulação e integração dos sistemas nacionais de educação e de ciência, tecnologia e inovação com o SUS-ES com capacidade de promover programas de capacitação, formação profissional, aperfeiçoamento, residências médicas e multiprofissionais e de pós-graduação, potencializando o fortalecimento da capacidade operacional, tecnológica e gerencial da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais.

A elaboração do Plano Estadual de Modernização e Inovação do SUS, articulado a outros programas da gestão da SESA (Programa de modernização da Gestão Hospitalar e a nova Política de Regulação Estadual) que têm o propósito de reorganizar o modelo de atenção em saúde e de estruturar o SUS-ES com qualidade e resolutivo ampliou muito as ações propostas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, PEEPS-ES – 2018-2021 e respectivos PAREPS - Planos de Ação Regionais de EPS.

A execução do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde iniciará o desenvolvimento do Plano Estadual de Modernização e Inovação do SUS seguidos dos outros dois componentes: Reestruturação do Subsistema de Atenção Ambulatorial e Programa de Qualificação da Gestão do SUS.

Com o objetivo, dentre outros, de aprimorar a formação de profissionais de saúde e proporcionar maior experiência no campo de práticas interprofissionais durante o processo de formação o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde utilizará como estratégia a contratação de profissionais para atuarem como Docente - Assistenciais com a finalidade de formar facilitadores para os processos de aprendizagem no SUS, considerando um perfil de competência de concepções de aprendizagem que dialogam com a prática do trabalho em saúde e a utilização das metodologias ativas. A proposta pedagógica de formação preconizada pela educação permanente tem o intuito de despertar nos profissionais de saúde uma construção de consciência crítica e raciocínio reflexivo para lidar com a realidade e transformá-la, se corresponsabilizando com a saúde da população. Nessa proposta pedagógica serão ofertados 07 programas de Residência em Saúde: 03 de residências multiprofissionais em Saúde: Multiprofissional em Saúde da Família, Multiprofissional em Saúde Coletiva e Multiprofissional em Cuidados Paliativos e 04 programas de residências médicas (Medicina Família e Comunidade, Psiquiatria, Acupuntura e Homeopatia).

O ICEPi pretende incrementar o setor de pesquisas voltadas para o SUS 0e realizou 03 oficinas para subsidiar o desenvolvimento das linhas de pesquisas prioritárias na SESA.

2.2 Atenção à Saúde

2.2.1 Regionalização

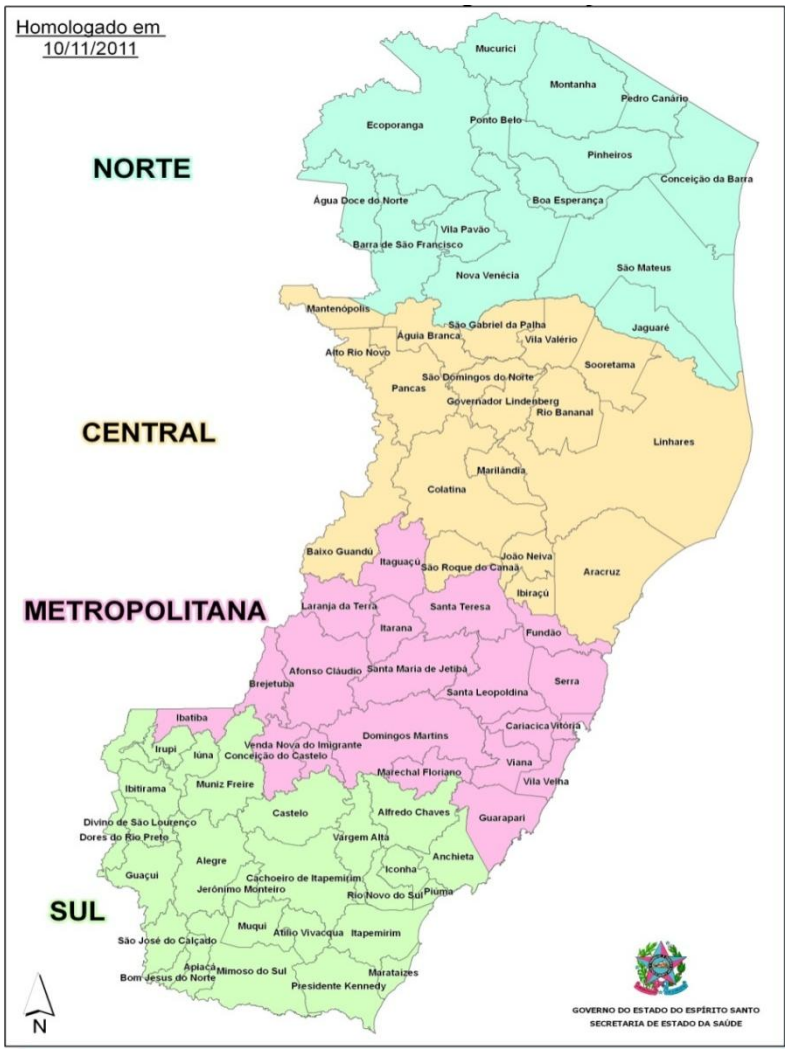
A Regionalização na Saúde configura-se num eixo estruturante do SUS e vem sendo aprimorada como estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores no âmbito do processo de discussão/negociação/pactuação interfederativa, base para a efetiva gestão desse sistema, de modo a garantir à população os seus direitos constitucionais.

Na perspectiva de fortalecer o SUS-ES, em 2011 foi revisado o Plano Diretor de Regionalização, estabelecendo quatro regiões de saúde, a saber:

Região Norte composta por 14 municípios, Região Central com 18 municípios, Região Metropolitana com 20 municípios e Região Sul com 26 municípios, conforme PDR abaixo.

O processo de regionalização do SUS, diretriz que orienta a organização do sistema desde os seus primórdios, foi reforçada nacionalmente com as resoluções CIT 23/2017 e 37/2018. Fruto destas diretrizes, a CIB-ES produziu no segundo semestre de 2018 um documento de posição: *"Documento de contextualização da regionalização do SUS-ES e da implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde e plano de ação/cronograma de trabalho anos termos da Resolução CIT nº 37/2018". (Aprovado pela Resolução CIB-ES nº 159/2018)* - disponível em www.saude.es.gov.br/cib.

Figura 22: Mapa das Regiões de Saúde definidas no PDR 2011.



A regionalização pressupõe construir acesso universal, com racionalidade na cobertura territorial e populacional, respondendo as necessidades sociais das populações em seus próprios territórios, mediante modelos de provisão de serviços baseados nas necessidades integrais e não apenas na oferta inicialmente disponível. Nessa lógica, é fundamental o fortalecimento da APS como ordenadora da Rede de Saúde, aumentando a efetividade da mesma.

Faz-se necessário também ampliar o acesso à Atenção Especializada, viabilizando consultas, exames e procedimentos de Atenção Especializada Ambulatorial, fundamentados nas linhas de cuidado, dentro do território, por meio do Núcleo Regional de Especialidades e dos Consórcios Intermunicipais. Além disso, é imprescindível a garantia da integralidade do acesso e a estruturação dos serviços e procedimentos de Alta Complexidade.

A implantação do projeto de Regulação Formativa Territorial e do Programa de Modernização da Gestão Hospitalar, iniciada em 2019, deve gerar a revisão da Resolução 159/2018, na medida que

provocará impacto na gestão e no perfil da rede de serviços, reorientando fluxos assistenciais e eventualmente, redefinindo os limites de territorialização /regionalização do SUS-ES.

A seguir, detalhamos o contexto atual de organização das redes temáticas prioritárias, dos níveis de atenção à saúde e do apoio terapêutico.

2.2.2 Rede de Atenção à Saúde - RAS

2.2.2.1 Rede Materno Infantil

A Rede Materno Infantil constitui-se num conjunto de ações, cujo início deveria se dar na captação precoce das gestantes, culminando na garantia de parto seguro, com a vinculação de todas as gestantes a um hospital de referência, de acordo com o risco gestacional, além da organização do atendimento ambulatorial básico e especializado, conforme protocolos.

A gestação é uma condição crônica de saúde, que necessita estar organizada num modelo de cuidado adequado e com resolutividade, baseado no autocuidado apoiado, na estratificação por risco, no plano de cuidados individual com foco na continuidade da atenção, trabalho multidisciplinar e principalmente coordenado pela atenção primária, com responsabilização pelos indivíduos e por seu território.

O Plano Estadual da Rede Materno Infantil no ES está vigente desde novembro de 2013 e percebe - se muitos avanços, mas também ainda encontramos regionalmente desafios a serem superados, tornando-se evidente a necessidade de instituir Comitê de Governança Regional que possibilite avaliação da rede e atualização do plano regionalmente.

Os pontos de atenção hospitalares que compõem essa rede estão assim definidos:

MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL		
REGIÃO	**MATERNIDADE**	**MUNICÍPIOS REFERENCIADOS**
NORTE OBS.: Pinheiros e Montanha realizam partos em seu próprio município	Hospital Maternidade N.S. Aparecida Maternidade São Mateus	Conceição da Barra, Jaguaré, Pedro Canário, São Mateus, Ponto Belo e Mucurici
	Hospital Dra. Rita de Cássia	Água Doce do Norte, Barra de São Francisco e Ecoporanga
	Hospital São Marcos	Boa Esperança, Nova Venécia e Vila Pavão
CENTRAL	Hospital Maternidade São Camilo	Aracruz, Ibiraçu, João Neiva
	Hospital Dr. João Santos Neves	Baixo Guandu
	Hospital Rio Doce	Linhares, Rio Bananal e Sooretama
	Hospital São José	Colatina, Alto Rio Novo, Marilândia, São Roque do Canaã, São Gabriel da Palha, São Domingos do Norte, Governador Lindenberg, Pancas e Vila Valerio
METROPOLITANA	Maternidade Municipal de Cariacica	Cariacica, Viana e Santa Leopoldina
	Maternidade de Carapina	Serra

	Hospital Municipal de Vila Velha – Cobilândia	Vila Velha
	Associação Beneficente Pró Matre	Vitória
	Hospital Dr. Arthur Gerhardt	Domingos Martins e Marechal Floriano
	Hospital Padre Máximo	Venda Nova do Imigrante, Afonso Cláudio, Brejetuba, Ibatiba, Conceição do Castelo e Laranja da Terra
	Hospital Infantil Francisco de Assis	Guarapari
	Hospital Madre Regina Prottman	Santa Teresa, Fundão, Itarana, Itaguaçu, Santa Maria Jetibá
SUL	Santa Casa de Misericórdia de C. Itapemirim	Cachoeiro de Itapemirim, Alfredo Chaves, Atílio Vivácqua, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui e Vargem Alta.
	Santa Casa de Misericórdia de Guaçui	Guaçui, Alegre, Dores do Rio Preto, divino São Lourenço, Ibitirama, Irupi, Iúna e Munis Freire
	Hospital Menino Jesus	Itapemirim, Anchieta, Iconha, Marataízes, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul
	Hospital São José	São José do Calçado, Apiacá, Bom Jesus do Norte
	Santa Casa de Misericórdia Castelense	Castelo
MATERNIDADES DE ALTO RISCO		
REGIÃO	**MATERNIDADE**	**MUNICIPIOS REFERENCIADOS**
NORTE E CENTRAL	Hospital São José	Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Mantenópolis, Marilândia, São Gabriel da Palha, São Domingos do Norte, São Roque do Canaã, Vila Valério, Água Doce do Norte, B.S. Francisco, Vila Pavão, Ecoporanga, Pancas, Nova Venécia, Aracruz, Conceição da Barra, Ibiraçu, Jaguaré, João Neiva, Linhares, Pedro Canário, Mucurici, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Sooretama e Boa Esperança
METROPOLITANA	HUCAM	Vitória
	Hospital Jayme dos Santos Neves	Fundão, Itarana, Itaguaçu, Santa Teresa, Santa Maria Jetibá, Serra, Afonso Cláudio, Brejetuba, Ibatiba, Conceição do Castelo, Venda Nova do Imigrante, Vila Velha, Domingos Martins, Marechal Floriano, Cariacica, Viana e Santa Leopoldina.

SUL	Hospital Evangélico de C. Itapemirim	Alegre, Alfredo Chaves, Atílio Vivacqua, Cachoeiro Itapemirim, Castelo, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Vargem Alta, Dores do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Irupi, Iúna, Anchieta, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, Apiacá, bom Jesus do Norte, São José do Calçado, Muniz Freire e Guaçuí.

Principais necessidades de melhoria relacionadas à atenção prestada pela Rede Materno Infantil no estado:

- Início tardio do pré-natal - Proporção de nascidos vivos com 7 ou + consultas na APS ainda baixa (em 2018, totalizou 69,7%);
- Baixa taxa de vinculação de gestantes a pontos de atendimento adequados (ambulatórios especializados e maternidades);
- Maternidades sem acolhimento e classificação de risco;
- Alta incidência de sífilis - Apesar de resultados satisfatórios do plano de enfretamento para redução da Sífilis Congênita em execução, a morbidade continua elevada, apresentando em 2018 um coeficiente de 10,8/1.000 nascidos vivos;
- Problemas no acesso e na qualidade do pré-natal e do manejo clínico, com baixa estratificação de risco;
- Mortes maternas por causas evitáveis por adequada atenção ao pré-natal e ao parto.

2.2.2.2 Rede de Urgência e Emergência

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências está implantada desde 2012, inicialmente na Região Metropolitana, Portaria nº 3.162, de 28 de dezembro de 2012. Em 28 de agosto de 2014, a RUE foi aprovada nas demais Regiões de Saúde, Portaria MS nº 1.806.

Os pontos de atenção hospitalar que compõem essa rede no estado estão assim definidos neste momento:

Região Metropolitana: Hospital Maternidade Dr. Arthur Gerhardt, Hospital Dr. Jayme Santos Neves, Hospital Antônio Bezerra de Faria, Hospital Evangélico de Vila Velha, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Hospital São Lucas, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Região Norte: Hospital Dra Rita de Cássia e Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silvares.

Região Central: Hospital Fundação Hospitalar Maternidade São Camilo, Hospital Maternidade Sílvio Avidos, Hospital Geral de Linhares e Hospital Dr. Fernando Serra.

Região Sul: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim; Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim; Hospital Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí e Hospital Evangélico de Itapemirim.

O **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)** é um componente assistencial da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e está implantado no estado desde 2005. Inicialmente, o SAMU 192 foi priorizado em 06 municípios da Grande Vitória (Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana e Fundão) por concentrar parte significativa da população do Estado; ser entrecortada por rodovias estaduais e federais e ferrovia interestadual; por possuir uma melhor estruturação de rede hospitalar para retaguarda de pacientes e pelo alto índice de atendimentos por causas externas (agressões, acidentes de trânsito, etc.).

Atualmente, O SAMU 192 está presente em 18 municípios: Afonso Cláudio, Anchieta, Brejetuba, Cariacica, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Itaguaçu, Itarana, Marechal Floriano, Piúma, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória, abrangendo uma população de aproximadamente 2,2 milhões de habitantes, com frota de 31 ambulâncias em atividade (09 USA e 22USB). Isso equivale a aproximadamente 55% da população e 23% dos municípios do estado cobertos pelo serviço.

Em 2019 iniciou-se um movimento junto aos municípios para pactuar a expansão do SAMU-192 para as demais regiões do Estado.

Principais dificuldades identificadas no que se refere à atenção prestada pela Rede de Atenção às Urgências e Emergências no estado:

- Superlotação das unidades de pronto atendimento (UPA) e prontos socorros hospitalares;
- Baixa cobertura do SAMU nas regiões norte, central e sul;
- Atendimento tardio para as emergências;
- Mortes prematuras por infarto do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVC) e causas externas (trauma);
- Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência desatualizado;
- Dificuldade de transferência de pacientes das UPAs e PAs que necessitem de internação para Unidade Hospitalar;
- Baixo giro de leitos;
- Baixa capacidade de regulação dos leitos.

2.2.2.3 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Espírito Santo está normatizada pela Portaria nº 223, de 25 de março de 2014, e pressupõe que todos os municípios realizem ações de atenção psicossocial em seu território, ainda que na Atenção Básica, além de serviços de maior complexidade, que podem ser organizados regionalmente.

Essa rede conta com 33 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS em 23 municípios, 19 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), todos localizados na Grande Vitória (1 gerenciada pelo município de Vitória e 18 gerenciadas pela SESA em contratos com Organização Social de Saúde), 03 equipes de Consultório na Rua habilitadas: 1 equipe em Vila Velha e 2 equipes em Vitória, 50 leitos de saúde mental em Hospitais Gerais (apenas 10 infanto-juvenis) e 85 em Hospitais Psiquiátricos.

Principais dificuldades identificadas relacionadas à atenção prestada pela Rede de Atenção Psicossocial no estado:

- Alta prevalência dos transtornos mentais e dependências de álcool e outras drogas;
- Baixa cobertura e qualificação da APS para a identificação e manejo destas condições;
- Baixa cobertura de atenção ambulatorial especializada e de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas regiões de saúde;
- Baixa cobertura de leitos de saúde mental e psiquiátricos no SUS;
- Judicialização das internações compulsórias para pacientes com transtornos mentais e dependência de álcool e outras drogas.

Vale destacar que as internações por motivo de saúde mental representaram 21,4% das despesas com mandados judiciais no período compreendido entre 2015 e 2018, sendo o terceiro maior montante gasto pela SESA.

2.2.2.4 Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência

De acordo com informações do censo 2010, no Espírito Santo a população com deficiência apresenta a seguinte tendência: 18,03% da população geral do estado possui deficiência visual, 7,13% possui deficiência física, 4,81% deficiência auditiva e 1,34% tem deficiência mental/intelectual (IBGE, 2010).

Estima-se que, de acordo com a população, estes casos estejam assim distribuídos nas regiões de saúde:

Quadro 3: Distribuição de Pessoas com Deficiência por Região

Deficiências	Metropolitana	Norte	Sul	Central	Total	%
Deficiência visual	400.149	76.905	121.460	117.707	716.221	18,03%
Deficiência auditiva	106.751	20.516	32.403	31.402	191.072	4,81%
Deficiência motora	158.240	30.412	48.032	46.548	283.232	7,13%
Deficiência Mental/intelectual	29.739	5.716	9.027	8.748	53.230	1,34%

Referência de população - IBGE 2018: 3.972.388

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no estado conta com: 03 Centros Especializados em Reabilitação (CER), tipo II: o Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES) nas modalidades física e auditiva, a Associação de Pais e Amigos de Excepcionais - APAE de Nova Venécia e a APAE de Cachoeiro de Itapemirim nas modalidades intelectual e física; 02 CER tipo III: APAE-Colatina e Sociedade Pestalozzi de Guarapari; 01 polo de audiologia no CREFES habilitado pelo Ministério da Saúde como Serviço de atenção de média e alta complexidade em saúde auditiva; 01 Policlínica da Universidade de Vila Velha (UVV), habilitada

pelo Ministério da Saúde como Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade; 01 serviço de implante coclear no HUCAM.

Existe evidente Insuficiência de serviços em reabilitação motora e reabilitação visual.

A matriz operacional da Rede prevê a organização dos pontos de atenção nos seguintes componentes:

I - Atenção Básica: NASF e Atenção Odontológica;

II- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências: Estabelecimento habilitado em tipo de reabilitação, CER II, III ou IV e CEO;

III - Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

2.2.3 Atenção Primária da Saúde - APS

Uma APS resolutiva e coordenadora das RAS é uma estratégia fundamental para possibilitar à população capixaba atendimento a saúde com qualidade e resolutividade em todas as regiões do estado, devendo ser organizada o mais próximo possível da residência do cidadão, aumentando a capacidade de resposta às necessidades sociais em saúde, sanitárias e assistenciais. Com eficiência e de forma humanizada, as equipes de APS deverão produzir uma mudança em todo o modelo de atenção à saúde no estado.

Os municípios capixabas procuram organizar seus territórios definindo-os como de orientação APS com acesso ampliado para suas populações. Ao longo das últimas duas décadas houve um processo contínuo de melhoria da estrutura física nos seus pontos de atenção, além do esforço permanente de capacitação de seus recursos humanos, com o apoio da SESA, além da busca e utilização de tecnologias eficientes, aperfeiçoando os encaminhamentos dos cidadãos para os demais níveis, buscando ordenar o sistema de saúde pautado nas necessidades de seus habitantes, planejando os demais níveis de atenção, para além de seus territórios, nas regiões de saúde e no estado como um todo.

A APS nos municípios está baseada e distribuída em 1.055 Unidades Básicas de Saúde, segundo dados registrados no SCNES em dezembro de 2019, alcançando cobertura estimada de 63,22% da população por Equipes de Saúde da Família em dezembro de 2019 (e-gestor Atenção Básica).

A Atenção Básica acompanhou 249.174 beneficiários do Programa Bolsa Família, 73,67% em total de 338.208 beneficiários do PBF com perfil saúde segundo o relatório da 1ª vigência de 2019.

Tabela 3: Comparativo de cobertura por Estratégia Saúde da Família e cobertura por Atenção Básica (incluindo a ESF), no mês de dezembro dos anos de 2015 e 2019 (início e final do PES 2016-2019):

Região de Saúde	Cobertura ESF				Cobertura AB	
	2015		2019		2015	2019
	Nº	%	Nº	%	%	%
Norte	94	72,68	111	85,11	81	90,63
Central	154	79,54	165	82,74	83,58	85,81
Metropolitana	281	43,65	296	44,16	60,35	61,82
Sul	185	83,89	212	93,25	96,85	97,24
ES	**714**	**59,67**	**784**	**63,22**	**72,74**	**74,86**

Fonte: e-gestor Atenção Básica

O programa de Agentes Comunitários de Saúde está implantado nos 78 municípios (dezembro de 2019), totalizando 4.930 profissionais, com uma cobertura de 62,40% da população, em um teto possível de 9.931, sendo 6.436 credenciados.

A Saúde Bucal, que desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal por meio de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico no SUS em ampliação da Estratégia Saúde da Família, estava presente em 72 municípios, alcançando cobertura estimada de 39,35% da população por Equipes de Saúde Bucal em dezembro de 2019 (e-gestor Atenção Básica).

Tabela 4: Comparativo de cobertura por Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e cobertura por Saúde Bucal na Atenção Básica (incluindo SB na ESF), no mês de dezembro dos anos de 2015 e 2019 (início e final do PES 2016-2019)

Região de Saúde	Cobertura SB na ESF				Cobertura SB na AB	
	2015		2019		2015	2019
	Nº	%	Nº	%	%	%
Norte	59	46,83	77	57,68	55,69	66,77
Central	103	53,29	99	50,72	66,46	70,66
Metropolitana	169	26,52	187	27,67	47,23	45,06
Sul	114	53,39	126	55,21	73,07	67,27
ES	**445**	**37,78**	**489**	**39,35**	**55,79**	**55,37**

Fonte: e-gestor Atenção Básica

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica NASF-AB, equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família e as equipes de Atenção Básica com o objetivo de apoiar a consolidação da APS ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações, estiveram presentes em suas três formas de constituição, em 23 municípios, com o total de 30 implantadas em dezembro de 2019 (Nota técnica DAPS MS).

Tabela 5: Situação da implantação NASF-AB no ES, por tipo, em dezembro de 2019

Tipo	Municípios	Credenciados	Implantados
I	12	25	19
II	10	10	10
III	1	1	1
Totais no ES	**23**	**36**	**30**

Fonte: Nota técnica DAPS MS

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, que tem por principal objetivo a indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações na APS, encontrou ampla adesão no estado.

Foram organizados três ciclos de certificação, sempre com adesão voluntária das equipes municipais, acompanhadas pela SESA, porém para o terceiro Ciclo PMAQ, foi organizado o Grupo de Trabalho Estadual PMAQ, coordenado pelo Núcleo Estadual de Atenção Primária/SESA, composto pelo Ministério da Saúde, Universidade Federal do ES (UFES), Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do ES (COSEMS ES) e Telessaúde, para ampliação do alcance e a qualificação do programa.

Tabela 6: Comparativo percentual por extratos de certificações nos 3 ciclos PMAQ no ES

Ciclo	Total equipes *	Total de municípios	Certificação por equipes (extratos aproximados**)		
			Acima e Muito acima da média	Medianas ou Abaixo da média	Insatisfatórias e Desclassificadas
1º	566	52	178 (54,70%)	143 (44%)	4 (1,2%)
2º	961	71	300 (31,70%)	505 (53,40%)	141 (14,90%)
3º	1.171	74	345 (28%)	699 (65%)	68 (6,5%)

*total de equipes AB (incluindo SF), SB, NASF e CEO;
**aproximando estratos dos 1º e 2º ciclos aos do 3º ciclo: Ótimo, Muito Bom e Bom = Acima e muito acima média; Regular e Ruim = Mediana ou abaixo da média; Insuficiente e desclassificada = Insatisfatória e desclassificada.
Fonte: NT DAPS/MS dezembro 2019 e NEAPRI/SESA outubro 2018.

O recurso vinculado ao PMAQ para os municípios capixabas após a certificação do 3º ciclo teve um incremento de 1,70%, passando de R$ 1.951.300,00 mensais para 1.984.392,17 mensais, sendo que dos 74 municípios no terceiro ciclo 41 aumentaram sua captação de recursos. Gratificação às

equipes por resultado positivo na PMAQ estavam presentes de forma institucional em 17 municípios, sendo que destes, 11 apresentaram certificação em nível superior ao ciclo anterior (65% deles).

A promoção de equidade em saúde no ES forma um conjunto de ações priorizadas na APS em função da especificidade de doenças ou dos condicionantes sociais, étnico/culturais, de orientação sexual e da diversidade de gênero.

O Programa Saúde na Escola que se desenvolve intersetorialmente entre as equipes APS e as equipes da Educação, teve adesão de 70 municípios capixabas ao ciclo 2019.

Na Saúde Prisional, 16 equipes estavam implantadas em 13 municípios, nas quatro Regiões de Saúde, atendendo uma população carcerária que em dezembro de 2018 era de 19.423 pessoas. Até o momento essas equipes continuam sob gestão da SESA e deverão ser adotadas medidas de gestão no PES 2020-2023 para sua municipalização, uma vez que integram a Atenção Primária em Saúde, de competência municipal.

Para fortalecer a APS e aumentar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, a CIB-ES aprovou por meio da Resolução CIB-ES nº 061/2019, o credenciamento junto ao Ministério da Saúde de novas equipes de ESF, além de ESB e ACS para todos os municípios. A implantação dessas novas equipes, se efetivada pelas Secretarias Municipais, elevará a cobertura estadual para 88,4%, conforme descrito na Tabela 7.

Neste processo já foi utilizada a proposição do ICEPi de utilização, pelos municípios, do sistema de bolsas de formação, estabelecidas no Edital ICEPi/SESA Nº 002/2019 - **Adesão de Municípios ao Componente de Provimento e Fixação de Profissionais do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde**.

Tabela 7: Equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde em 2019, por meio de acordo tripartite e cobertura possível estimada por região de saúde

Região de saúde	Equipes credenciadas	Cobertura estimada possível
Norte	23	99,2
Central	25	84,9
Metropolitana	263	81,2
Sul	76	110,3
ES	**387**	**88,4**

Fonte: CIB ES

2.2.4 Atenção Ambulatorial Especializada

A atenção ambulatorial especializada (AAE), ao longo de décadas, vem sofrendo uma forte pressão de demanda em função do modelo de atenção centrado na especialização médica e na assistência hospitalar. As fragilidades da APS não conseguiram, ainda, superar este modelo e garantir que a

grande maioria dos problemas de saúde seja resolvida pela atenção primária, nem se estabeleceu de modo difuso, um processo de trabalho integrado entre os dois níveis de atenção - APS e AAE.

Assim, historicamente, as respostas a esta pressão têm sido incrementalistas, com algumas experiências positivas de implementação do novo modelo de cuidados integrados no nível ambulatorial.

Na última gestão, a SESA se empenhou em ampliar o acesso e qualificar o atendimento e a gestão, no sentido de garantir acesso ao usuário SUS o mais perto de sua residência, e de reduzir o tempo de espera para o seu atendimento. O grande foco foi de estruturar um modelo de atenção a partir do conceito de redes de atenção regionalizadas.

Foram realizados investimentos na atualização do Parque Tecnológico da Rede Própria Estadual com aquisição de serviço de imagem e de remoção, visando modernizar cerca de 90% do parque tecnológico dos hospitais, além de medidas de melhorias na infraestrutura que possibilitaram aumento no número de atendimentos ambulatoriais, nos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT e Urgência e Emergência.

Além das adequações – obras e equipamentos - dos 4 Centros de Referência de Especialidades nas regiões de saúde, houve a implantação das 04 Unidades da Rede Cuidar – envolvendo 46 municípios. Nessas unidades é priorizado, inicialmente, o atendimento aos portadores de condições crônicas de saúde, por equipes de multiprofissionais, cujo acesso é definido por meio da estratificação de risco pela Atenção Básica, com foco no cuidado integral e na garantia do acesso aos serviços especializados com base na gestão da clínica/necessidade de saúde, e não na oferta/demanda das consultas e exames especializados.

Gradualmente estes serviços incorporaram outras necessidades assistenciais da atenção especializada das regiões de saúde. A governança e o financiamento compartilhados e a transferência da gestão das unidades para os municípios também fortaleceu a importância da descentralização deste nível de gestão para o âmbito municipal.

Há de se destacar também o papel essencial das superintendências regionais no desenvolvimento desta proposta, desconcentrando responsabilidades sobre a rede de serviços historicamente concentradas no nível central da SESA.

O desenvolvimento do projeto de Regulação Formativa Territorial, já citado, trará forte impacto na integração da APS com a AAE, reorganizando o fluxo dos usuários, fazendo vinculação das equipes de APS a médicos especialistas específicos que farão a assistência, segunda opinião e formação individual e coletiva dos médicos da APS a eles vinculados.

No momento há um grande esforço para superação das filas de consultas e exames inscritas no SISREG (aprox. 400 mil registros no final de 2019), por meio de editais de credenciamento publicados pelas SRS, para que a transição para o modelo de regulação formativa territorial se consolide sem pressões de demanda do atual modelo de regulação.

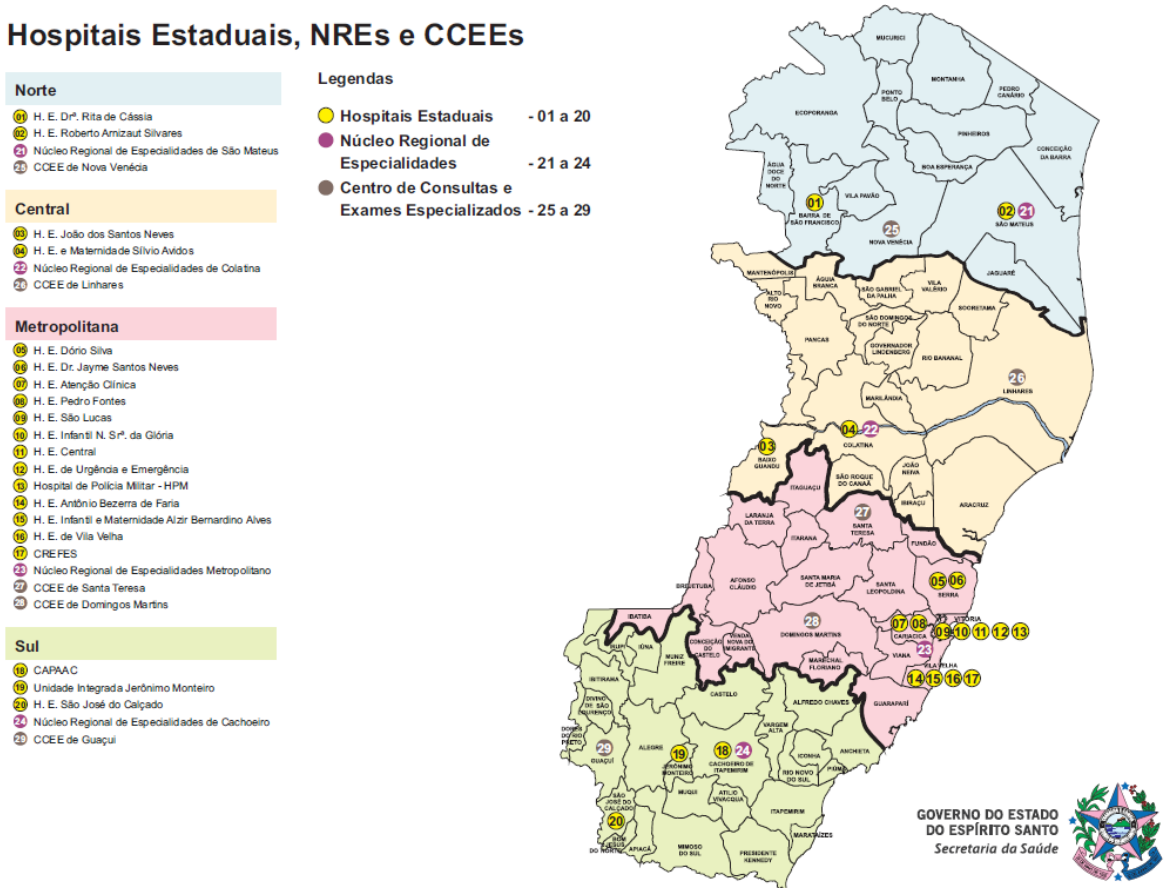
Outros serviços ambulatoriais especializados do SUS ainda sob a gestão estadual – CAPS, residências terapêuticas, dentre outros, carecem de reavaliação quanto à sua inserção nas redes e à responsabilidade de gestão.

2.2.5 Atenção Hospitalar

A SESA tem como característica forte presença como prestadora de serviços, o que impacta na sua capacidade de atuação como indutor de políticas do SUS-ES. Atualmente a gestão estadual é responsável pela quase totalidade da oferta de atenção ambulatorial especializada e parte significativa da atenção hospitalar.

A rede de serviços do SUS-ES é formada, por 113 unidades hospitalares, integrando as Redes de Atenção a Saúde. São 19 hospitais estaduais, 38 filantrópicos, 16 municipais, 39 privados e 01 federal. Com a seguinte distribuição por região de saúde: 14 unidades na Região Norte, 15 na Região Central, 57 na Região Metropolitana, e 27 na Região Sul, conforme mapa abaixo:

Mapa da dispersão territorial dos hospitais da rede própria estadual.



Na tabela abaixo, apresentamos a distribuição nas 04 Regiões de Saúde, conforme sua natureza jurídica:

Tabela 8: Quantidade e distribuição das unidades hospitalares no Estado por natureza jurídica

Natureza da unidade hospitalar	Região de Saúde				
	Norte	Central	Metropolitana	Sul	Total
Estadual	2	2	12	3	19
Filantrópicos	6	5	12	15	38
Municipais	4	3	5	4	16
Privado	2	5	27	5	39
Federal	-	-	1	0	1
Total	**14**	**15**	**57**	**27**	**113**

Fonte: Plano de Modernização da Gestão Hospitalar 2020.

Há uma oferta de 9.133 leitos de internação hospitalar no estado, o que equivale a 2,29 leitos por mil habitantes, taxa superior à média nacional que é de 2 leitos por mil habitantes. Estes 9.133 leitos estão distribuídos da seguinte forma: na Região Norte 766 leitos, na Região Central 1.177, na Região Metropolitana 5.324, e na Região Sul 1.866. Na tabela abaixo estratificamos os leitos por região e por vinculação ao SUS, além da taxa de leitos por 1.000 habitantes por região.

Tabela 9: 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	% de leitos por 1.000 habitantes
Norte	559	207	766	1,78
Central	789	388	1.177	1,8
Metropolitana	3.200	2.124	5.324	2,39
Sul	1.145	721	1.866	2,76
Total geral	**5.693**	**3.440**	**9.133**	**2,29**

Fonte: Grade de serviços hospitalares SSAS

A Região de Saúde Metropolitana e a Sul, possuem indicadores de oferta de leitos superiores à média nacional e a estadual. Destacamos que a Região de Saúde Metropolitana caracteriza-se por concentrar mais da metade da população capixaba e dos serviços da rede de saúde pública e privada. A Região Central e a Norte possuem indicadores da quantidade de leitos por mil habitantes abaixo da média estadual e da nacional.

O desafio de melhoria da gestão hospitalar no estado é multifacetado e de forma sucinta podemos definir que os macroproblemas são: fragilidades na gestão do cuidado; deficiência no gerenciamento de pessoal; precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares e a gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos financeiros.

Os macroproblemas descrevem os principais campos que necessitam de atenção no processo de gestão e, considerando que alguns deles extrapolam o âmbito da área hospitalar, exigirão a interlocução desta com outras áreas da gestão estadual da política de saúde, e estarão ancorados em três grandes eixos:

1- Modelo de atenção hospitalar;

2- Modelo de Gestão da Rede de Atenção Hospitalar;

3- Gestão do Trabalho em Saúde.

A elaboração do Plano de Modernização da Gestão Hospitalar é a busca de respostas a estes macroproblemas e está articulada a outros programas de gestão da SESA (Plano Estadual de Modernização e Inovação do SUS e a nova Política de Regulação Estadual), fundamentada nas experiências acumuladas na gestão nos últimos anos. O citado Plano tem o propósito de que a APS seja protagonista do processo de cuidado nos territórios e, para tanto, deseja que os hospitais sejam articulados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e não apenas como serviços isolados de atenção hospitalar ainda que resolutiva e complexa. Assim o entendimento é que o hospital não é apenas local onde há pessoas doentes, mas local que tem como objetivo fim a cura terapêutica das patologias que acometem as pessoas, bem como, local de formação e de continuidade dos estudos dos profissionais que atuam na assistência a saúde.

A implementação do Plano ao longo dos próximos 04 anos, expressa no PES 2020-2023, envolverá um forte movimento de adequação da infraestrutura da rede própria, a reorganização dos seus processos de trabalho com nova estrutura organizacional, modelos múltiplos de gestão dos serviços (administração direta, OSS's, Fundação iNOVA, etc.), perfilização assistencial e nova contratualização, conforme modelagem da rede de atenção e implementação da regulação formativa.

Em 2019 já estão em andamento medidas como a formação de médicos hospitalistas, a implantação dos Núcleos Internos de Regulação – NIR – na rede própria e a elaboração, em parceria com os municípios, de projeto para implantação de equipes internação domiciliar em conformidade com o programa federal "Melhor em Casa".

2.2.6 Assistência Farmacêutica

O SUS-ES possui uma das mais bem estruturadas políticas de assistência farmacêutica no país.

Os medicamentos disponíveis nas Farmácias Cidadãs Estaduais pertencem ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica **(CEAF)** que consiste em uma estratégia de acesso a

medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicadas pelo MS.

O Espírito Santo disponibiliza medicamentos além dos contemplados nos Protocolos do Ministério, adquiridos através de recursos próprios, uma Lista Estadual Complementar, de uso ambulatorial e dispensado pelas Farmácias Cidadãs Estadual conforme os Critérios de Utilização da SESA para cada item. Os medicamentos da Lista Estadual Complementar de uso hospitalar são dispensados somente para os pacientes internados nos hospitais da Rede Hospitalar Estadual. São disponibilizados também um conjunto de formulas nutricionais padronizadas.

Atualmente a dispensa dos medicamentos ocorre nas onze unidades de farmácias cidadãs estaduais, sendo 5 farmácias de grande porte (que atendem em média 450 pacientes/dia) e 6 farmácias de médio porte (que atendem em média 250 pacientes/dia).

Para tornar mais eficiente o gerenciamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, foi criado o Sistema Estadual de Registro de Preço **(SERP)** com o objetivo de adquirir os medicamentos básicos de forma centralizada, otimizando a aplicação de recursos financeiros, reduzindo gastos na compra de medicamentos fornecidos pelos municípios.

Em 2019, as farmácias cidadãs tinham mais de 95 mil processos ativos, 32 mil dos quais abertos neste ano. Foram atendidos quase 600 mil pacientes com o índice médio de cobertura dos itens padronizados de 98%.

Dois grandes desafios se colocam ainda para a Assistência Farmacêutica no ES: a maior qualificação da prescrição médica subordinando-a as evidências e protocolos estabelecidos e o desafio da judicialização. Ambos exigem um amplo processo de gestão compartilhada com gestores municipais de saúde, Poder Judiciário, órgãos de controle e entidades representativas dos profissionais de saúde.

De um gasto total de R$ 116,5 milhões, aproximadamente 40% (R$ 47 milhões) foram gastos com demandas judiciais.

Um conjunto de medidas regulatórias já implantadas e outras previstas no PES 2020-2023 focam no enfrentamento e superação destas 02 questões.

A questão da logística também se coloca como desafio para a humanização/redução das filas de atendimento e eventuais desabastecimentos. Sua qualificação envolve desde sistemas mais ágeis de aquisição/distribuição/dispensação, melhorias de informatização até a pactuação da descentralização do acesso para novas unidades de farmácia cidadãs sob a gestão municipal.

2.3 Regulação

A regulação é, junto com o financiamento, a macrofunção estritamente de competência da gestão pública.

A Constituição Federal de 1988 em seus Art. 194 e 197 e a Lei 8080/90 em seus Art. 15 e 16 reafirmam o papel do estado como agente regulador e normatizador, com mecanismo de controle e avaliação.

Com a NOAS/SUS 01/2002, o conceito de regulação foi disseminado como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI). Essa é uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta. A macrofunção regulação estaria direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, através 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, de acordo com as necessidades da população. Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso buscaria a qualidade da ação por meio da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a 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.

Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, para garantir o melhor cuidado ao indivíduo, essa visão se amplia e a regulação deve ser capaz de garantir o cuidado certo, no lugar certo, com qualidade, no tempo certo e com o custo adequado.

No ES e, de modo geral no SUS, a função reguladora ainda é exercida com muitas fragilidades.

A lógica do sistema ainda é de uma regulação de acesso, com base na capacidade instalada da rede de serviços, que induz um movimento incrementalista de ampliação permanente de serviços ambulatoriais especializados e hospitalares para dar conta da demanda reprimida gerada na APS e emergências ambulatoriais e hospitalares de baixa resolutividade.

Os fluxos das RAS, quando estabelecidos, têm baixa adesão da rede de serviços e as estruturas de regulação (normatização, contratualização, monitoramento e avaliação, centrais de regulação) têm baixa governabilidade na implementação desses fluxos/normas.

Os movimentos desenvolvidos na última década para organização da atenção à saúde do SUS-ES - 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, implantação das Unidades Cuidar, dentre outros, não foram suficientes para superação de uma forte demanda reprimida, que expressa à

fragmentação do cuidado e a baixa capacidade de gestão efetiva dos processos e normas estabelecidos e se explicita nos gastos crescentes com a judicialização e no pouco impacto obtido nos indicadores de saúde finalísticos.

A atual gestão propõe um redirecionamento desses esforços para a implementação da Regulação Formativa Territorial, que desloca o processo regulatório da lógica da gestão da oferta x demanda para a regulação com base na 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.

Está em andamento a pactuação desta agenda com o COSEMS-ES, o desenvolvimento da solução tecnológica que sustentará este processo, o diagnóstico da demanda reprimida de consultas, exames e cirurgias eletivas represadas no SISREG, a nova proposta de cofinanciamento da AAE e a modelagem da implementação propriamente dita da regulação formativa e do processo de educação permanente a ela vinculado. Todas essas agendas estão registradas nas diretrizes e metas que compõem este Plano Estadual de Saúde.

2.4 Participação Social e Transparência

2.4.1 Controle Social

A participação social no SUS-ES se formalizou mediante uma rede estadual de Conselhos de Saúde que tem como função central a defesa dos princípios de universalidade, equidade e descentralização que alicerçam o SUS. Os Conselhos de Saúde são a garantia de participação da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde, definida na Lei nº. 8.142, de 28/12/1990, que instituiu os Conselhos e as Conferências de Saúde como instâncias de controle social do SUS nas três esferas de governo.

A LEI Nº 10.598 de 06 de dezembro de 2016, alterou a Lei nº 7.964, de 27 de dezembro de 2004, redefine a composição e a competência do Conselho Estadual de Saúde – CES. Atualmente o CES/ES está composto por representação paritária de 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários dos serviços de saúde – 14 membros, 25% (vinte e cinco por cento) de gestores de órgãos públicos e prestadores de serviços de saúde na área complementar do Sistema Único de Saúde – SUS - totalizando 07 membros e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes de profissionais de saúde pertencentes ao SUS/ES - 07 (sete) membros de entidades sindicais com abrangência estadual, totalizando 28 (vinte e oito) membros. O Presidente do CES é eleito anualmente entre os membros titulares que compõem o colegiado.

Compondo ainda a rede de participação popular no SUS – ES, instituídos por meio da Portaria Nº 066-R DE 10/11/2016 temos os Conselhos Gestores de Unidades Estaduais de Saúde, públicas, 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.

Cabe à SESA, neste processo, garantir o pleno funcionamento dessas instâncias, disponibilizando os recursos necessários à sua plena atividade e a qualificação necessária ao pleno exercício da cidadania no âmbito do SUS-ES, fortalecendo cada vez mais o controle social.

2.4.2 Ouvidoria e Transparência

A Ouvidoria do SUS vem se conformando como espaço de participação social no país onde os cidadãos registram suas manifestações (reclamações, solicitações, denúncias, elogios, sugestões e informações) à gestão do SUS, promovendo assim o fortalecimento da cidadania, da democracia participativa e da garantia do direito à saúde.

A construção de uma rede de Ouvidoria do SUS se consolidou por meio do sistema informatizado "Ouvidor SUS", permitindo a tramitação de manifestações entre os serviços de Ouvidoria no Brasil.

No Espírito Santo, as ações de Ouvidoria no SUS são articuladas à rede dos estados e também a Coordenação de Ouvidoria no MS, buscando a efetivação desses espaços na disseminação de informações em saúde, na avaliação dos serviços, na apuração das necessidades dos cidadãos e no apoio à tomada de decisão dos gestores no intuito de melhoras nas práticas, nas ações e nos serviços do SUS-ES.

A Ouvidoria da SESA busca o desenvolvimento da rede estadual, ampliando as ouvidorias em hospitais, unidades de pronto atendimento, centros de referência, nas secretarias municipais de saúde, garantindo o acesso da comunidade aos canais de atendimento desses espaços de escuta qualificada.

A qualificação deve ser outro norte das atividades da rede de Ouvidoria, por meio da "*Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS"*, da política de educação permanente e da política nacional de humanização, conduzindo à processos de trabalho que gerem eficiência e melhorias no SUS a partir dos relatos dos cidadãos.

2.5 Financiamento

No Brasil há uma insuficiência real de recursos públicos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e isto representa uma das maiores barreiras para se conceber a saúde como direito constitucional de cidadania e qualidade de vida.

Garantir os princípios do SUS de universalidade e integralidade em um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime, num país com tantas desigualdades sociais, representa um grande desafio para os gestores do SUS. Para ilustrar esta

realidade é importante observar que no Brasil a participação do setor público no gasto com saúde é de aproximadamente 45,7% e os demais 54,3% são aplicados pela iniciativa privada, seja através de planos privados, seja por meio de pagamentos feitos diretamente no momento de uso dos serviços. Significa dizer que para a universalidade, o SUS dispõe de menos da metade dos recursos necessários.

A CF de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde determinam que as três esferas de governo devam custear as despesas com ASPS, solidariamente. Planejar este financiamento de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema tem se mostrado um desafio para os governos, fazendo com que as restrições orçamentárias e financeiras para o setor da saúde pública ocupem constantemente a agenda dos gestores do SUS.

As transferências de recursos fundo a fundo da União para o ES apresentaram um aumento de apenas 13,13% entre 2016 e 2018, sendo que o crescimento dos recursos do Grupo do Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC, do Bloco das Ações e Serviços Públicos de Saúde, foi de 15,13%. Os recursos de MAC representaram 94,21% em relação ao total das transferências.

Tabela 10: Transferência do Fundo Nacional de Saúde - FNS ao Fundo Estadual de Saúde - FES entre os anos de 2016 a 2018.

Grupo	2016	2017	2018
Assistência Farmacêutica	25.589.971,68	17.712.968,43	20.748.040,80
Atenção Básica	578.340,00	294.840,00	309.774,88
Vigilância em Saúde	12.450.183,89	11.379.042,42	12.772.675,03
Investimento	3.220.140,00	1.679.820,00	2.074.497,00
Gestão do SUS	110.000,00	110.000,00	520.000,00
MAC ambulatorial e hospitalar	550.509.562,00	598.079.485,48	633.855.254,81
Total	**592.458.197,57**	**629.256.156,33**	**670.280.242,52**

Fonte: FNS

O orçamento do Estado, com recursos próprios, apresentou no mesmo período, um crescimento de 21,69%, conforme demonstrado na **Tabela 11**.

Tabela 11: Valor empenhado do orçamento inicial SESA, Espírito Santo, 2016-2018.

Previsão Orçamentária Inicial	2016	2017	2018
Previsão Orçamentária	**2.446.899.541,00**	**2.449.115.812,00**	**2.555.432.937,00**
Estadual	1.771.331.241,00	1.897.712.221,00	2.156.677.260,00
Federal	586.531.167,00	630.228.681,00	645.570.157,00
BNDES*	4.851.657,00	15.228.453,00	22.845.504,00
Total	**2.362.714.065,00**	**2.543.169.355,00**	**2.825.092.921,00**

Fonte: Portal Transparência – ES

As transferências do FES para os municípios apresentaram um incremento de 42,43% no mesmo período, conforme a seguir demonstrado:

Tabela 12: Transferências do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde nos anos de 2016 a 2018.

Grupo	2016	2017	2018
Custeio	9.608.289,52	10.784.588,05	12.738.846,85
Contrapartida para aquisição de medicamentos básicos	9.608.289,52	10.248.563,05	9.301.272,64
Outras transferências	0,00	536.025,00	3.437.574,21
Investimento	0,00	4.214.999,26	1.893.166,00
Total	**19.216.579,04**	**25.784.175,36**	**27.370.859,70**

Fonte: Portal Transparência – ES

É importante observar que o investimento e custeio em ASPS, por parte dos estados e municípios, vêm crescendo principalmente a partir de 2000 por efeito da EC 29 e, a partir de 2012, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/12, que estabelece que os municípios e o Distrito Federal devam aplicar anualmente em ASPS o mínimo de 15% das receitas próprias relativas aos impostos diretamente arrecadados, cabendo aos estados 12%. No caso da União, os parâmetros vêm se modificando e, no contexto atual do ajuste fiscal, o montante aplicado em 2017 correspondia a 15% da Receita Corrente Líquida - RCL (EC 95/2016) e a partir de 2018 este valor está condicionado ao gasto público da União com saúde no ano anterior corrigido apenas pelo IPCA-A, por 20 anos (no caso do SUS, por 19 anos).

A participação crescente do estado e municípios no orçamento público da saúde se elevou no período de 2002-2018: o ES passou de 12,90% em 2002 para 18,95% em 2018 e o conjunto de municípios capixabas de 10,99% para aproximadamente 23% no mesmo período, sendo que o aumento desses percentuais se deve à estagnação ou diminuição do percentual de investimento por parte da União. Constata-se, conforme demonstrado na **Tabela 13,** que o protagonismo das

esferas estadual e municipal no financiamento das ASPS vem aumentando na gestão do sistema público de saúde do ES, conforme demonstrado a seguir:

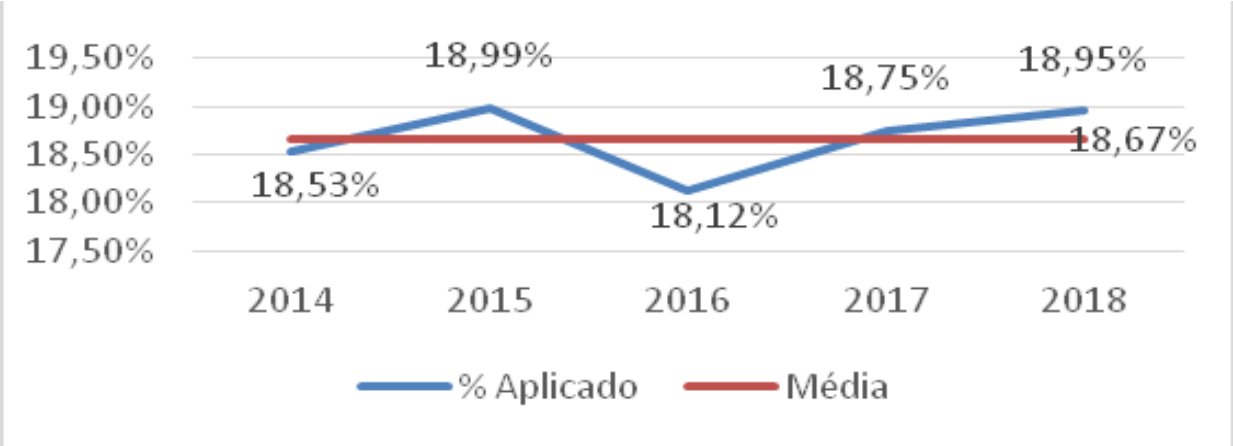
Tabela 13: Percentual de aplicação de recursos próprios no ES no período de 2015 a 2018, conforme a LC 141/12.

Ano	Governo Estadual	Governos Municipais
2015	18,99%	21,30%
2016	18,12%	20,51%
2017	18,75%	20,99%
2018	18,95%	23,00%

Fonte: SIOPS/FNS/MS

A **Figura 23** apresenta o Gasto Público com Saúde no ES no período de 2014 a 2018, com uma média de 18,67% no período:

Figura 23: Aplicação de recursos próprios no ES no período de 2014 a 2018, conforme a LC 141/12.



Fonte: SIOPS/FNS/MS.

Apesar da forte participação dos municípios no co-financiamento do SUS, o ES tem uma peculiaridade relativa à competência de gestão da rede de serviços que o diferencia substancialmente dos demais Estados da Região Sudeste: um grande número de hospitais próprios (que elevam significativamente os gastos de despesas correntes – custeio e pessoal) e uma forte concentração de serviços ambulatoriais especializados e hospitalares de pequena e média complexidade sob gestão estadual.

A **Tabela 14** abaixo demonstra a análise acima:

Tabela 14: Recursos Próprios/Hab/Ano - Pelo Conjunto de Municípios e Estados na Região Sudeste

UF	Média dos municípios 2019 (R$)	Estado 2019 (R$)	% Aplicado 2019 (lei 141/12)
MG	954,82	418,78	12,75
SP	936,63	519,02	13,32
RJ	857,10	350,16	12,05
ES	**640,04**	**716,92**	**17,57**

Fonte: SIOPS
ES - 1º estado com maior percentual de aplicação de recursos próprios
6º estado com maior valor per capita

Enquanto nos demais estados a participação do componente estadual oscila entre 40% (RJ) e 55% (SP), o ES tem uma participação de 112% em relação à média dos municípios.

Ainda, relativamente aos recursos federais, em 2018 havia uma concentração de transferências do Grupo de MAC para o FES de 66,84% e de 33,16% para o FMS, em relação ao Limite Global Estadual. O valor repassado ao FES em 2014 representava 75,15%, portanto o índice atual já sinaliza para uma descentralização de recursos em direção aos municípios, principalmente por 26 municípios terem assumido a gestão dos recursos de sua rede própria, bem como de diversos prestadores que se encontravam sob gestão estadual. Estes indicadores demonstram que a SESA ainda assume a condição de provedora e prestadora de ações e serviços de saúde, tendo a necessidade de adotar estratégias para atuar ainda mais como indutora da descentralização de recursos por meio da municipalização de serviços.

A evolução do Limite Financeiro de MAC do ES transferidos pela União no período de 2011 a 2018 foi de 56,16%, passando de R$ 459.057.675,10 para R$ 817.270.700,96, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada – PPI, ao mesmo tempo em que a produção assistencial evoluiu de R$ 407.089.142,57 para R$ 630.370.103,60, com um incremento de 64,58%, ou seja, a evolução do 'teto financeiro" não vem acompanhando a evolução da necessidade/demanda da população. O déficit estimado saltou de R$ 222.583.153,03 em 2011 para R$ 395.817.108,29 em 2014.

Este cenário contemporâneo de restrições financeiras tem a forte contribuição de perdas financeiras em decorrência de: estimativas populacionais defasadas, com impacto principalmente na Atenção Básica - PAB Fixo; depreciação dos valores dos incentivos financeiros repassados a estados e municípios, que não sofreram ajuste ou os ajustes realizados foram tímidos em face das necessidades do sistema; habilitações e a qualificação dos serviços existentes, com longo tempo de espera para serem liberados pelo Ministério da Saúde; excessiva judicialização da saúde que acareta gastos não planejados e com custos desproporcionais aos praticados rotineiramente pela SESA. Estes fatores, associados a outros, vem contribuindo para aumentar a cada ano a participação do Estado e dos municípios capixabas no financiamento da saúde.

Merece destaque a forma de financiamento das ações e serviços de saúde que ainda estão vinculadas à Tabela de Procedimentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (Tabela SUS/SIGTAP), defasada em seus valores unitários e em descompasso com os valores de mercado, o que gera dificuldades nas negociações com a rede de prestadores de serviços nos processos de contratualizações, onerando o FES e os FMS que arcam com significativos valores para a "complementação da tabela".

Outra dimensão a ser considerada é a capacidade instalada de serviços e ações de saúde nas quatro Regiões de Saúde, pois há uma concentração de aproximadamente 66% dos serviços de saúde na Região da Grande Vitória. Iniciativas de desconcentração de serviços para as demais Regiões implicam em municipalização dos recursos e, por mais que haja estudos neste sentido, a implantação de novos serviços e a ampliação dos já existentes, tem no financiamento uma importante barreira financeira. A desconcentração de serviços em direção aos extremos norte e sul do Estado se faz necessária, acompanhada de uma melhor alocação dos recursos, de tal forma que permita o desenvolvimento regional.

Os indicadores a seguir demonstram a desigualdade na distribuição de recursos financeiros de origem federal e, por analogia, de equipamentos de saúde pública entre as regiões de saúde:

Tabela 15: Distribuição de recursos financeiros de MAC por Região de Saúde no ES.

Anos	% de recursos de origem federal por Região de Saúde			
	Norte	Central	Metropolitana	Sul
2014	4,57	12,41	68,04	14,88
2016	5,32	13,99	65,38	15,31
2018	6,12	18,18	57,74	17,96

Fonte: SESA/SSAROAS/GERAS/NEPSS

Esta evolução dos indicadores se deve à realocação de recursos de origem federal para essas regiões, em decorrência da implantação das Unidades de Atenção Integral à Saúde – Unidades da Rede Cuidar.

Este cenário de dificuldades vem sendo enfrentado pelo Estado e pelos municípios, entendendo a necessidade de fortalecer e ampliar o processo de planejamento e programação regional, conscientes de que não haverá num futuro próximo substancial aporte de recursos financeiros, tanto de origem federal quanto estadual. Isto requer dos gestores maior eficiência na gestão e alocação dos recursos financeiros triparte, com ampla discussão das reais necessidades regionais, da ampliação da escala de serviços que sejam absolutamente necessários e da utilização de ferramentas de gestão que sejam capazes de otimizar os recursos existentes. Os gestores devem implantar um sistema de monitoramento e a avaliação da execução orçamentária e financeira da SESA e dos municípios para que, em tempo hábil, sejam realizados os ajustes necessários nos instrumentos contratuais, de forma a ampliar o acesso da população e a qualidade na atenção.

Na atual conjuntura, o quadro de dificuldades com recursos de origem federal se aprofundou com a crise política e econômica nacional, razão pela qual é preciso construir expressiva defesa do SUS e da qualidade de vida da população brasileira, que passa não somente pela necessidade de aprimoramento da gestão dos recursos do SUS, mas pela incorporação de novas fontes de financiamento.

Neste sentido, a SESA deverá proporcionar apoio institucional aos municípios para um alinhamento quanto à compreensão e operacionalização do financiamento do SUS no Estado, para ampliar a efetividade na aplicação dos recursos, de forma conjunta, aprimorando o planejamento orçamentário e financeiro para sua otimização e evitar sobreposições dos gastos com saúde. A capacidade de inovar e alocar recursos com maior eficiência e efetividade devem, mais do que nunca, nortear os projetos a serem executados neste período. Novas propostas de co-financiamento (SAMU-192, AAE) e de relação com prestadores de serviços apontam esse caminho.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – PES 2020-2023

DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.

Diretriz 1 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS ARRANJOS LOCORREGIONAIS, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

OBJETIVO 1: Organizar e qualificar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) em todas as regiões de saúde garantindo acesso em tempo e local oportuno em todas as suas linhas de cuidado.

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051,1092, 1114, 1719, 2184, 2720, 4707.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral - propostas 01, 13/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 30, 33, 36, 39,40/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - proposta 46.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 1, 2, 3, 5, 11,12/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 3, 5,6/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretrizes 1,2 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE - PARÂMETRO 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Ampliar para 87% a cobertura populacional pelo SAMU 192 até 2022, considerando a nova política estadual para RUE - componente SAMU 192.	55,00	Percentual de cobertura populacional do SAMU 192	Percentual	67,00	79,00	87,00	87,00	87,00	Percentual
Adequar 100% dos hospitais que integram a Rede de Urgência e Emergência - RUE, aos protocolos assistenciais estabelecidos.	50,00	Percentual de hospitais com protocolos estabelecidos	Percentual	50,00	70,00	90,00	100,00	100,00	Percentual
Qualificar 90 leitos de referência para UAVC nas quatro regiões de saúde até 2022.	-	Nº de leitos qualificados	Número	20	70	90	90	90	Número

Diretriz 1 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS ARRANJOS LOCORREGIONAIS, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

OBJETIVO 2: Organizar e qualificar a Rede de Atenção Materno Infantil (REMI) em todas as regiões de saúde em todos os seus componentes.

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051, 1092, 2084, 2184, 2185, 2252, 4705, 4707.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral - propostas 01, 13/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 20, 33, 34,36, 39/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - proposta 46.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 1, 2, 3, 5, 11,12/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 3, 5,6/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretrizes 1,2 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Aumentar em 10% a proporção de partos normais na rede pública e privada no ES.	39	Proporção de parto normal no ES	Proporção	39,97	40,97	42,00	42,90	42,90	Proporção
Aumentar em 15% a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal até 2023	70	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção	72,60	75,30	78,20	80,50	80,50	Proporção
Reduzir em 5% ao ano a taxa de mortalidade infantil	10,50	Taxa de mortalidade infantil	Taxa	9,98	9,46	8,97	8,50	8,50	Taxa
Reduzir em 40% o número de óbitos maternos	31	Número de óbitos maternos	Número	28	25	22	18	18	Número
Reduzir a incidência de sífilis congênita a 1,42 casos para cada 1.000 nascidos vivos até 2023.	10,8	Taxa de incidência de sífilis congênita	Taxa	4,80	3,20	2,13	1,42	1,42	Taxa

Reduzir em 20% a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos até 2023	13,70	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Proporção	13,0	12,4	11,7	10,96	10,96	Proporção
Implantar Casa de Gestante nas maternidades de referência nas regiões de saúde, conforme definido nos planos regionais da REMI.	01	Nº de casa de gestante implantada	Número	-	02	04	04	04	Número
Aumentar 65 leitos neonatais em todo o Estado.	94	Número de leitos neonatais implantados no período	Número	12	10	22	21	65	Número
Implantar 01 ambulatório de follow up (para pacientes egressos de internação de UTIN), nas regiões de saúde.	01	Número de ambulatórios implantados	Número	01	01	01	01	04	Número

Diretriz 1 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS ARRANJOS LOCORREGIONAIS, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

OBJETIVO 3: Estruturar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência em todas as regiões de saúde.

Esse objetivo guarda relação com:

- *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051, 2037, 2084, 2184, 2185, 4705.
- *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral - propostas 01, 02, 04, 09, 11/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 36, 39/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - proposta 46.*
- *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 1, 2, 3,5/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 3, 5,6/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretrizes 1,2 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		

Habilitar, junto ao Ministério da Saúde, serviços de referência especializada em reabilitação nas regiões de saúde.	09	Número de serviços habilitados nas regiões de saúde	Número	04	10	18	24	24	Número
Ofertar Triagem Auditiva Neonatal em 100% das 25 maternidades vinculadas à Rede Materno Infantil.	13	Número de maternidades com oferta de triagem auditiva neonatal	Número	16	19	22	25	25	Número

Diretriz 1 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS ARRANJOS LOCORREGIONAIS, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

OBJETIVO 4: Ampliar e implementar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e Agravos Crônicos em todas as regiões de saúde.

Esse objetivo guarda relação com:

- *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051, 1092, 1114, 1719, 2037, 2084, 2184 2185, 2720, 4705, 4707.
- *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 01, 13/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 20, 33, 36, 38, 39/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - proposta 46.*
- *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 1, 2, 3, 5, 11,12/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 3, 5,6/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretrizes 1,2 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE - 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Reduzir 2% ao ano a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) nos principais grupos DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	302,80	Taxa de mortalidade prematura nos principais grupos DCNT /100.000l hab.	Taxa	296,80	290,80	285,00	279,30	279,30	Taxa
Implantar 30 equipes de atendimento do Programa Melhor em Casa - Atenção Domiciliar, em parceria com os municípios e com cofinanciamento estadual.	-	Número absoluto de equipes implantadas	Número	10	20	30	30	30	Número
Implantar 335 leitos de Cuidados Prolongados nas Regiões de Saúde	0	Número de leitos implantados	Número	50	100	200	335	335	Número

Habilitar, junto ao Ministério da Saúde, de forma regionalizada, serviços especializados em nefrologia para diálise peritoneal de pacientes com doença renal crônica.	01	Número de serviços habilitados	Número	-	01	01	01	03	Número
Iniciar em até 60 dias, a partir do diagnóstico, o tratamento de 100% dos pacientes diagnosticados com câncer. (até 2022)	58,34%	Percentual de usuários diagnosticados com câncer iniciando tratamento em até 60 dias a partir do diagnóstico	Percentual	80,00	90,00	100,00	100,00	100,00	Percentual
Ampliar, gradativamente, a razão de exame citopatológico para rastreamento de câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos, para alcançar razão mínima de 0,68 ao ano.	0,48	Razão de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos	Razão	0,65	0,66	0,67	0,68	0,68	Razão
Ampliar a oferta de mamografia para o rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos, para atingir razão mínima de 0,38 ao ano.	0,34	Razão de exame de mamografia em mulheres de 50 a 69 a.	Razão	0,35	0,36	0,37	0,38	0,38	Razão

Diretriz 1 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS ARRANJOS LOCORREGIONAIS, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

OBJETIVO 5: Organizar e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todas as regiões de saúde, garantindo o acesso e efetivando o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde.

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051, 2037, 2184, 2185,2209, 4705, 4707.

* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 01, 16/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 22,27, 36, 39/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - propostas 45, 46.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 1, 2, 3, 5, 11,12/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 3, 5,6/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretrizes 1,2 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS									
DESCRIÇÃO DA META	**LINHA DE BASE 2018**	**INDICADORES**	**UNIDADE MEDIDA**	**VALORES ANUAIS**				**META 2020-2023**	**UNIDADE MEDIDA**
				2020	**2021**	**2022**	**2023**		
Implantar 131 leitos de saúde mental em Hospitais Gerais até 2022.	44	Número de leitos de saúde mental parametrizados implantados na rede própria e/ou filantrópica	Número	44	86	131	131	131	Número
Ampliar a cobertura de CAPS para 0,86 por 100 mil habitantes até 2023.	0,56	Razão de cobertura de CAPS por 100.000l habitantes	Razão	0,71	0,76	0,81	0,86	0,86	Razão
Descentralizar 100% dos atuais 18 Serviços de Residência Terapêutica - SRT's para gestão municipal até 2022.	0	Número de SRT descentralizada para gestão municipal	Número	04	11	18	18	18	Número
Diretriz 1 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS ARRANJOS LOCORREGIONAIS, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.									
OBJETIVO 6: Organizar a linha de cuidado em saúde bucal integrada às redes temáticas em todos os níveis de atenção bem como ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças. ***Esse objetivo guarda relação com:*** * *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051, 2037, 2084, 2185. * *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 01, / EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 26, 36, 37, 39/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - proposta 45.* * *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 1, 2, 3, 5, 11,12/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 3, 5,6/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretrizes 1,2 (Resolução CNS 617/2019).*									

METAS									
DESCRIÇÃO DA META	**LINHA DE BASE 2018**	**INDICADORES**	**UNIDADE MEDIDA**	**VALORES ANUAIS**				**META 2020-2023**	**UNIDADE MEDIDA**
				2020	**2021**	**2022**	**2023**		

Implantar serviços de atendimento odontológico em centro cirúrgico para pacientes com necessidades especiais nas regiões de saúde até 2022.	01	Nº de Número de serviços implantados	Número	01	03	04	04	04	Número
Implantar 01 ponto de atenção de referência para cirurgia eletiva hospitalar bucomaxilofacial para crianças e adolescentes até 2020.	0	Número de ponto de atenção implantado	Número	01	01	01	01	01	Número
Ampliar a cobertura populacional de saúde bucal de 34,8% para 66,80% na estratégia de saúde da família até 2023.	34,80	Percentual de cobertura populacional de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde.	Percentual	42,80	50,80	58,80	66,80	66,80	Percentual

Diretriz 1 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS ARRANJOS LOCORREGIONAIS, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

OBJETIVO 7: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde com foco na Estratégia de Saúde da Família, por meio da expansão de cobertura, qualificação das práticas e da gestão do cuidado, melhoria da resolutividade, incluindo o acesso equânime às populações tradicionais e grupos vulneráveis respeitando as questões culturais, étnicos raciais e da diversidade sexual e de gênero.

Esse objetivo guarda relação com:

- *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051, 2037, 2084.
- *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 01, 05, 06, 17, 18/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 20, 28, 29, 36, 39, 42, 44/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - propostas 47, 49.*
- *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 1, 2, 3,5/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 3, 5,6/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretrizes 1,2 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		

Ampliar a cobertura populacional Estratégia Saúde da Família para 88,4% em 2020.	57,60	Percentual de cobertura populacional de ESF	Percentual	88,40	88,40	88,40	88,40	88,40	Percentual
Reduzir em 20% a proporção de internações clínicas por condições sensíveis à atenção básica – ICSAB.	32,00	Proporção de Internações clínicas por condições sensíveis à atenção Básica - ICSAB	Proporção	30,40	28,80	27,20	25,60	25,60	Proporção
Municipalizar e implementar a gestão das ações básicas de saúde para a população adulta privada de liberdade e dos adolescentes em conflito com a lei, em 100% dos municípios que possuem tais instituições até 2021.	0	Percentual de municípios com ações básicas de saúde para população privada de liberdade municipalizadas	Percentual	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Percentual
Alcançar 100% de homogeneidade na cobertura vacinal em menores de 02 anos de idade , conforme preconizado no Calendário Nacional de Vacinação até 2022.	22,22	Percentual de homogeneidade na cobertura vacinal de menores de 02 anos de idade.	Percentual	78,00	89,00	100,00	100,00	100,00	Percentual

Diretriz 1 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS ARRANJOS LOCORREGIONAIS, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

OBJETIVO 8: Transversalizar as ações da Vigilância em Saúde na RAS 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 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 2961, 4701.

- *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 01, 03/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 20, 23, 36, 39/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - proposta 47.*

* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 1, 2, 3, 5, 11,12/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 3, 5,6/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretrizes 1,2 (Resolução CNS 617/2019).*									
METAS									
DESCRIÇÃO DA META	**LINHA DE BASE - 2018**	**INDICADORES**	**UNIDADE MEDIDA**	**VALORES ANUAIS**				**META 2020-2023**	**UNIDADE MEDIDA**
				2020	**2021**	**2022**	**2023**		
Elevar para 85% o índice único de avaliação do desempenho do sistema de estatísticas vitais (VSPI-Q), levando em conta os componentes essenciais para a qualidade dos dados de mortalidade.	81,30	Proporção de óbitos por causa básica definida.	Proporção	82,00	83,00	84,00	85,00	85,00	Proporção
Regionalizar a Rede Lab ES, por meio da implantação de laboratórios regionais, conforme perfil epidemiológico de cada região de saúde.	0	Número de laboratórios regionais implantados	Número	-	01	02	03	03	Número
Incluir 08 novos agravos ao atual portfólio de diagnósticos realizados pelo LACEN.	-	Número de novos diagnósticos incluídos	Número	02	05	07	08	08	Número
Qualificar a vigilância das doenças infectocontagiosas mantendo em 85% o encerramento oportuno das notificações compulsórias imediatas.	71,30	Percentual de encerramento oportuno das notificações compulsórias	Percentual	72,00	75,00	80,00	85,00	85,00	Percentual
Alcançar cobertura mínima de 75% de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família/PBF até 2020.	73,30	Percentual de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Percentual	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	Percentual
Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade por acidentes de	14,67	Taxa de mortalidade por	Taxa	14,38	14,09	13,81	13,53	13,53	Taxa

transporte terrestre.		acidentes de transporte terrestre							
Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade por agressões	28,82	Taxa de mortalidade por agressões	Taxa	28,24	27,68	27,13	26,58	26,58	Taxa
Realizar 100% das análises em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez até 2020.	73,90	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção	100	100,00	100,00	100,00	100,00	Proporção
Reduzir a letalidade por dengue grave, mantendo a taxa de letalidade anual menor que 5%.	2,00	Taxa de letalidade de dengue grave	Taxa	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Taxa
Implantar Plano de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) nos 15 municípios prioritários.	0	Número de municípios prioritários com VSPEA implantado	Número	04	08	12	15	15	Número
Implantar o Comitê Operativo de Emergências do setor Saúde em 100% dos municípios com mais de 50 mil habitantes (COE-Saúde) até 2021.	0	Número de municípios com Comitê implantado	Número	06	12	12	12	12	Número
Inserir 100% dos hospitais da rede própria no programa de monitoramento do risco sanitário até 2023.	20,00	Percentual de hospitais da rede própria inseridos no programa de monitoramento do risco sanitário	Percentual	40,00	60,00	80,00	100,00	100,00	Percentual

Reduzir em 5% ao ano a incidência de casos de acidentes por animais peçonhentos em humanos no estado do Espírito Santo.	67,7	Percentual de Incidência de acidentes escorpiônicos (100.000 hab)	Percentual	64,32	61,10	58,04	55,14	55,14	Percentual
Ampliar para 70 % o percentual de municípios que notificam todos os agravos, de notificação universal, relacionados ao trabalho (acidentes de trabalho grave fatal, acidente com material biológico e intoxicação exógena).	38,46	Percentual de municípios que notificam todos os agravos de notificação universal relacionados ao trabalho	Percentual	50,00	60,00	65,00	70,00	70,00	Percentual

Diretriz 1 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS ARRANJOS LOCORREGIONAIS, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

OBJETIVO 9: Garantir o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais padronizados no SUS-ES mediante o uso racional, atendimento humanizado, logística de distribuição adequada, política de financiamento e monitoramento.

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 2126, 2192, 2692, 4699.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 01, 10/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 36, 39.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 1, 3,12/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 3, 5,6 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Estruturar a Assistência Farmacêutica Municipal, ampliando em 20% as farmácias Cidadãs Municipais.	20	Número de novas farmácias cidadãs municipais	Número	01	02	03	04	04	Número
Atualizar e publicar a nova Política Estadual de Assistência Farmacêutica até 2020.	-	Política publicada	Número	01	01	01	01	01	Número

Ampliar de 12 para 15 o número de Farmácias Cidadãs Estaduais.	12 (2019)	Número de farmácias cidadãs estaduais	Número	13	14	15	15	15	Número
Implantar distribuição regionalizada de medicamentos, dietas e fórmulas nutricionais.	01	Número de centros regionais de distribuição implantados	Número	01	01	01	01	04	Número

Diretriz 2 - INCORPORAR E DESENVOLVER NOVAS TECNOLOGIAS E PRÁTICAS DE PROVIMENTO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, DE INOVAÇÃO EM AMBIENTES PRODUTIVOS EM SAÚDE E PESQUISA APLICADA AO SUS.

OBJETIVO 1: Fortalecer o ICEPi como instância de Formação, Pesquisa e Inovação para o SUS.

Esse objetivo guarda relação com:

- *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 2127, 2128, 2290.
- *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - proposta 25*
- *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1,3 (Resolução CNS 617/2019)*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE - 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Conceder, progressivamente, 600 bolsas para implementar o Programa Estadual de Formação de Especialistas para o SUS.	0	Número de bolsas concedidas	Número	240	560	600	600	600	Número
Designar 50 apoiadores institucionais para o Programa de Apoio Institucional da SESA aos municípios, nas regiões de saúde.	0	Número de apoiadores em atividade	Número	50	50	50	50	50	Número
Estruturar 12 grupos de pesquisa para apoio para o programa de fomento de pesquisa no SUS até 2022.	0	Número de grupos de pesquisa cadastrados no CNPq	Número	04	08	12	12	12	Número
Qualificar 3.160 profissionais de nível superior das equipes de Atenção Primária em Saúde até 2022.	0	Número absoluto de profissionais qualificados	Número	840	2.000	3.160	3.160	3.160	Número

Diretriz 2 - INCORPORAR E DESENVOLVER NOVAS TECNOLOGIAS E PRÁTICAS DE PROVIMENTO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, DE INOVAÇÃO EM AMBIENTES PRODUTIVOS EM SAÚDE E PESQUISA APLICADA AO SUS.

OBJETIVO 2: Fortalecer o subsistema de ciência, tecnologia e inovação no SUS (INOVASAUDE), qualificando a atenção em saúde no ES, com o desenvolvimento, avaliação e/ou incorporação de inovação e o uso de tecnologias no sistema estadual de saúde.

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 2127, 2128, 2290.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 07, 11, 12/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 19, 21,24, 41.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 2,7/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1,3 (Resolução CNS 617/2019)*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Implantar o e-SUS - Vigilância em Saúde no ES em 100% dos municípios até 2020.	-	Número de municípios com e SUS VS implantado	Número	78	78	78	78	78	Número
Informatizar 100% das UBS dos municípios que aderiram ao Edital de Chamada Pública do ICEPi Nº 005/2019 e que tem insuficiência de equipamentos nessas unidades para utilização do PEC e-SUS.	-	Percentual de UBS informatizadas	Percentual	30,00	40,00	70,00	100,00	100,00	Percentual
Implantar o prontuário eletrônico em 100% dos municípios que aderiram ao Edital de Chamada Pública do ICEPi Nº 005/2019 até 2022.	-	Número de municípios com prontuário eletrônico implantado	Número	62	72	78	78	78	Número
Implantar o sistema integrado de regulação ambulatorial em todos os Municípios por meio da adesão municipal, até 2020.	-	Número absoluto de municípios que aderiram ao sistema	Número	78	78	78	78	78	Número

Disponibilizar teleconsultorias por meio da implantação e implementação dos serviços de telemedicina, telessaúde e telediagnóstico, a partir das necessidades identificadas.	1.433	Número de teleconsultorias realizadas	Número	4.787	9.574	14.362	19.150	19.150	Número
Modernizar e ampliar a informatização de 100% hospitais da rede própria até 2020.	11	Número de hospitais atendidos	Número	18	18	18	18	18	Número
Desenvolver ações do Laboratório de Inovação em Praticas de Regulação e Atenção a Saúde (LIPRAS) até 2020.	-	Numero de Núcleos (LIPRAS) Implantados	Número	08	08	08	08	08	Número

Diretriz 2 - INCORPORAR E DESENVOLVER NOVAS TECNOLOGIAS E PRÁTICAS DE PROVIMENTO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, DE INOVAÇÃO EM AMBIENTES PRODUTIVOS EM SAÚDE E PESQUISA APLICADA AO SUS.

OBJETIVO 3: Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde com valorização do trabalhador do SUS.

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações 2095, 2128; Programa 0027.

* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 07,11/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 24, 35/ EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - proposta 50.*

* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 2,7/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1,8 (Resolução CNS 617/2019)*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Implantar o Comitê de Gestão do Trabalho e Gestão da Educação, com reabertura da Mesa de Negociação Permanente do SUS, até 2020.	0	Comitê de Gestão do Trabalho e Gestão da Educação implantado	Número	01	01	01	01	01	Número
Formar 1.500 trabalhadores de nível médio e fundamental na saúde até 2023.	411	Número de trabalhadores inscritos em processo de qualificação.	Número	600	900	1.200	1.500	1.500	Número

Diretriz 3 - MODERNIZAR E INOVAR A GESTÃO DO SUS-ES, FORTALECENDO O PACTO INTERFEDERATIVO, COM FOCO EM RESULTADOS PARA A SOCIEDADE.

OBJETIVO 1: Implementar política de gestão estratégica da informação em saúde, desenvolvendo estratégicas de transparência e comunicação interna e externa da SESA.

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051, 2037, 2209, 2252.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – proposta 03*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 2, 6,7(Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Instituir 01 painel de indicadores estratégicos para monitoramento de 100% dos desafios da gestão até 2021.	0	Painel instituído	Número	-	01	01	01	01	Número
Implementar o portal de transparência na SESA até 2020.	-	Portal Implantado	Número	01	01	01	01	01	Número

Diretriz 3 - MODERNIZAR E INOVAR A GESTÃO DO SUS-ES, FORTALECENDO O PACTO INTERFEDERATIVO, COM FOCO EM RESULTADOS PARA A SOCIEDADE.

OBJETIVO 2: Aprimorar a governabilidade do SUS-ES com fortalecimento da relação entre os entes federados

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051, 2037, 2209, 2252.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – proposta 15/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - proposta 43.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 3,5/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 5,6 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS									
DESCRIÇÃO DA META	**LINHA DE BASE 2018**	**INDICADORES**	**UNIDADE MEDIDA**	**VALORES ANUAIS**				**META 2020-2023**	**UNIDADE MEDIDA**
				2020	**2021**	**2022**	**2023**		
Redefinir o Novo PDR (Plano Diretor de Regionalização) a partir da reorganização das redes de atenção à saúde e da implantação da Regulação Formativa Territorial até 2021.	0	Número de PDR redefinido	Número	-	01	01	01	01	Número
Ampliar o percentual da rede de serviços próprios da SESA com novas alternativas de gestão complementar à administração direta.	40,00	Percentual de serviços próprios com novas alternativas de gestão	Percentual	45,00	50,00	55,00	60 ,00	60,00	Percentual
Reduzir em 5% ao ano o número de decisões judiciais evitáveis (consultas, exames e internações compulsórias) até 2023, a partir da situação do ano 2019.	5.283 (estimado 2019)	Número de decisões judiciais evitáveis	Número	5.018	4.767	4.529	4.303	4.303	Número
Garantir o gerenciamento de 100% da Carteira de Programas e Projetos prioritários da SESA e de Governo no período 2020-2023.	-	Percentual de projetos prioritários gerenciados no período 2020-2023	Percentual	100	100	100	100	100	Percentual
Qualificar 640 gestores e Câmaras Técnicas de CIR e CIB para fortalecer o papel deliberativo dessas instâncias nas relações interfederativas	-	Nº de gestores e técnicos qualificados	Número	160	160	160	160	640	Número

Diretriz 3 - MODERNIZAR E INOVAR A GESTÃO DO SUS-ES, FORTALECENDO O PACTO INTERFEDERATIVO, COM FOCO EM RESULTADOS PARA A SOCIEDADE.

OBJETIVO 3: Ampliar e adequar a infraestrutura da rede física e tecnológica do SUS-ES para torná-lo ambiente de acesso resolutivo, acolhedor ao usuário e com melhores condições de trabalho para os servidores.

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051,1092, 1114, 1719.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – proposta 07/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - proposta 21.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 2, 3,5/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 5,6 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Implantar 33 novos leitos obstétricos e neonatais na Maternidade de São Mateus em 2020.	27	Número de leitos implantados	Número	33	33	33	33	33	Número
Construir o Hospital Geral de Cariacica (400 leitos)	3,00	Percentual de execução da obra	Percentual	10,00	40,00	80,00	100,00	100,00	Percentual
Ampliar 65 leitos no Hospital Estadual de Urgência e Emergência até 2020.	177	Número de leitos ampliados	Número	65	65	65	65	65	Número
Implantar novo sistema de logística integrada na assistência hospitalar e farmacêutica em 30 serviços da rede própria até 2021.	0	Número de serviços com sistema implantado	Número	19	30	30	30	30	Número
Reduzir, gradativamente, para 30 dias o tempo de liberação de laudos do Serviço de Verificação de Óbitos até 2023.	120 dias	Número de dias para liberação de laudos	Número	90	60	45	30	30	Número

Implantar o Plano de Modernização da Gestão Hospitalar com ampliação e modernização da capacidade assistencial em 10 unidades hospitalares da rede própria.	0	Número de hospitais com plano de modernização implantado	Número	02	05	08	10	10	Número

Diretriz 3 - MODERNIZAR E INOVAR A GESTÃO DO SUS-ES, FORTALECENDO O PACTO INTERFEDERATIVO, COM FOCO EM RESULTADOS PARA A SOCIEDADE.

OBJETIVO 4: Estruturar novas estratégias de financiamento tripartite compatibilizadas com o modelo de atenção à saúde e gestão do SUS-ES.

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 2125, 2191, 2209, 4699.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - propostas 45, 47, 48, 49.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretrizes 2,5 (Resolução CNS 617/2019)*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Implantar a Política de Cofinanciamento e Municipalização das Ações e Serviços de Media Complexidade ambulatorial especializada até 2020	0	Percentual de municípios adesos à política	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Percentual
Captar recursos financeiros investimentos na rede própria da SESA	0	Percentual de recurso captado, em relação ao estimado.	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Percentual

Diretriz 4 - IMPLEMENTAR A POLÍTICA ESTADUAL DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS-ES PROPICIANDO PROCESSOS INOVADORES, SISTÊMICOS E CONTÍNUOS.

OBJETIVO 1: Reorganizar e integrar as funções regulatórias para a garantia da qualidade e do acesso à RAS estadual

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051, 2037, 2252.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 01, 06, 09/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 36, 39.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 2, 3, 4,5/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 2, 5,6 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Elaborar o Plano Estadual de Regulação 2020-2023 no primeiro trimestre de 2020.	0	Plano Estadual de Regulação elaborado	Número	01	01	01	01	100	Número
Elaborar Programação Assistencial nas Regiões de Saúde até 2020.	0	Número de programações elaboradas	Número	04	04	04	04	04	Número
Reduzir as cinco maiores filas expectantes ambulatoriais e de cirurgias eletivas em 50% ate 2021.	-	Percentual de redução do tempo médio de espera para consultas e exames especializados	Percentual	25,00	50,00	50 ,00	50,00	50,00	Percentual
Alcançar anualmente a meta preconizada pelo Ministério da Saúde, referente a doadores efetivos, até 2021.	9,0	Proporção de doadores efetivos por milhão de habitantes	Proporção	20,00	22,00	22,00	22,00	22,00	Proporção

Ampliar em até 70% o acesso e utilização regulada dos leitos hospitalares da rede própria e conveniada por meio da central de regulação.	7,00	Percentual de leitos regulados pelo NERI	Percentual	20,00	30,00	50,00	70,00	70,00	Percentual
Alimentar regularmente o sistema de informatizado de regulação para governança de 100% dos leitos ofertados pelo SUS até 2020.	0	Percentual de alimentação do sistema	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Percentual
Elaborar o novo código de saúde em 2020.	0	Código de saúde elaborado	Número	01	01	01	01	01	Número
Habilitar, junto ao Ministério da Saúde, 100% dos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar da rede própria e complementar ao SUS, para atender às necessidades das redes de atenção à saúde até 2020.	82	Percentual de serviços habilitados	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Percentual
Implementar o sistema de gestão da informação (monitoramento, controle e avaliação) do processo regulatório, para acompanhar o desempenho da Política Estadual e Regional de Regulação em Saúde, em parceria com os municípios, em cada região de saúde a partir de 2020.	0	Número de regiões com sistema de gestão da informação implantado	Número	04	04	04	04-	04	Número

Diretriz 4 - IMPLEMENTAR A POLÍTICA ESTADUAL DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS-ES PROPICIANDO PROCESSOS INOVADORES, SISTÊMICOS E CONTÍNUOS.

OBJETIVO 2: Qualificar o acesso assistencial as Redes Regionais de Atenção a Saúde por meio do processo de Regulação Formativa

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 1051, 2037, 2252.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 01, 09/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - propostas 31, 32, 36, 39, / EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento do Financiamento Público e Universal - propostas 45, 48.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 2, 3, 4,5/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 2, 5,6 / EIXO III – FINANCIAMENTO DO SUS – Diretrizes 1,2 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE - 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Formalizar a adesão dos 78 municípios ao processo de Regulação Formativa Territorial até 2021.	0	Percentual de municípios adesos à regulação formativa	Percentual	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Percentual
Estruturar sistema estadual de transporte sanitário eletivo em parceria com os municípios até 2022.	0	Percentual de municípios com adesão ao sistema de transporte sanitário	Percentual	-	-	100,00	100,00	100,00	Percentual
Reestruturar o TFD interestadual e intermunicipal com ênfase na Regulação Formativa Territorial, em articulação com a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC) do Ministério da Saúde até 2022.		Percentual de reestruturação do TFD Estadual	Percentual	-		100,00	100,00	100,00	Percentual

Diretriz 5 - PROMOVER O FORTALECIMENTO DA CIDADANIA, DA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA E DO CONTROLE SOCIAL DO SUS-ES.

OBJETIVO 1: Aprimorar mecanismos de democracia participativa e Controle Social no SUS

Esse objetivo guarda relação com:

* *PPA 2020-2023* – Programa: 0047 - NOVO SUS CAPIXABA – Ações: 2070,2719.
* *9ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretriz: Garantia do SUS Integral – propostas 03, 08, 14, 15/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretriz: Fortalecimento e Ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde - proposta 25.*
* *16ª Conferência Nacional de Saúde – EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO – Diretrizes 1, 2, 7,8/ EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DO SUS – Diretrizes 1, 2, 5, 6,7 (Resolução CNS 617/2019).*

METAS

DESCRIÇÃO DA META	LINHA DE BASE - 2018	INDICADORES	UNIDADE MEDIDA	VALORES ANUAIS				META 2020-2023	UNIDADE MEDIDA
				2020	2021	2022	2023		
Responder dentro do prazo legal as manifestações individuais e coletivas dos usuários do SUS nos canais da Ouvidoria do SUS.	77,84	Percentual de manifestações individuais e coletivas respondidas dentro do prazo legal estabelecido	Percentual	80,00	85,00	90,00	95,00	95,00	Percentual
Implantar e qualificar 30 Ouvidorias do SUS na da rede de serviços própria e contratualizada da SESA/ES.	01	Número de estabelecimentos da rede própria e contratualizada com ouvidoria implantada/ qualificada	Número	09	18	25	33	33	Número
Concluir Processo de Acreditação Institucional de Ouvidoria do SUS na Ouvidoria da SESA ate 2022.	0	Número de processo de acreditação concluído	Número	-	-	01	01	01	Número

Fomentar a implantação de Conselhos Locais em 100% dos Serviços de Saúde Próprios, Hospitais Filantrópicos Contratualizados e nas unidades geridas por OS.	17	Percentual de Serviços de Saúde Próprios, Hospitais Filantrópicos Contratualizados e unidades geridas por OS com conselhos locais implantados	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Percentual
Formar 240 profissionais para apoio ao projeto de Fortalecimento do Controle Social e Políticas de Promoção da Equidade nas regiões de saúde.	0	Número de profissionais formados	Número	40	240	240	240	240	Número
Realizar as Plenárias de Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde	14	Número de eventos realizados	Número	05	05	05	05	20	Número
Publicizar através de informativos, Jornais e Mídias Sociais 100% das informações que subsidiam o Controle Social no SUS.	0	Número de informativos publicados	Número	04	04	04	04	16	Número

REFERÊNCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama. Acesso em 25 jun. 2020.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES - IJSN. Síntese dos Indicadores Sociais do Espírito Santo PNAD 2015. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/5496.
Acesso em 30 abr. 2019. Vitória, ES, 2016.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES - IJSN. Perfil da pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CadÚnico 2017. Disponível em:
http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/6214. Acesso em 30 abr.2019. Vitória, ES, 2018.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES - IJSN. Boletim da Educação PNAD Contínua Trimestral. 4º Trimestre 2018. Disponível em:
http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/6521. Acesso em 30 abr 2019. Vitoria, ES, 2018b.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO. IDH. Disponível em: http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-uf-2010.html. Acesso em 25 jun. 2019.

BERWICK, DM; NOLAN, TW. O triplo objetivo: cuidado, saúde e custo. IHI, 2008

ANEXOS

I. **Resolução do CES aprovando as Diretrizes, Objetivos e Metas do PES - 2020-2023**

II. **Lei nº. 11.095/2020 - Que dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA para o quadrimestre 2020-2023**

Área Estratégica: Saúde Integral

III. **Plano Estadual de Prevenção e Controle do SARS CoV2 (COVID-19)**

IV. **Informe Epidemiológico nº. 07 - Novo Coronavírus – COVID 19**

I - Resolução do CES nº. 1138/2019 que aprova as Diretrizes, Objetivos e Metas do Plano Estadual de Saúde - ES

2020-2023

LUIZ CARLOS REBLIN
Presidente do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES

Homologo a Resolução Nº. 1136/2019 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.

NESIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Estado da Saúde
Protocolo 545625

RESOLUÇÃO CES Nº 1137/2019
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 205ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de novembro de 2019, e,

CONSIDERANDO:

O parecer emitido pelo Comitê Intersetorial de Orçamento e Finanças - CIOF, do Conselho Estadual de Saúde, relativo à prestação de contas da SESA no 1º quadrimestre/2019, conforme a seguir:

"A prestação de contas é responsabilidade obrigatória dos gestores do SUS, em cumprimento ao Art. 36, itens I II e III da Lei Complementar 141, de 13/01/2012:

Art.36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - Montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.
Que foram apresentados à comissão os dados relativos ao quadrimestre, no formato de relatório previamente discutido e aprovado pela CIOF, contendo informações referentes à:

- Montante e fonte de recursos aplicados - com percentual de aplicação de recursos próprios de 15,12% no primeiro quadrimestre de 2019 (superior ao mínimo de 12% estabelecido pela LC 141/12)
- Auditorias realizadas, em execução e finalizadas
- Gestão de pessoas
- Indicadores de Saúde
- Produção Assistencial Ambulatorial e Hospitalar
- Principais ações desenvolvidas no período de janeiro a abril/2019 pela SESA

E, considerando ainda, que o Relatório de Prestação de Contas da Secretaria de Estado da Saúde, referente ao 1º Quadrimestre/2019 está satisfatório em relação ao cumprimento do estabelece a LC 141/2012;

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar à Prestação de Contas da SESA referente ao 1ª Quadrimestre do ano de 2019.

Art.2º - Aprovar as Recomendações da CIOF a seguir:
- Instituir processo de monitoramento quadrimestral dos indicadores de saúde em parceria com os municípios e com participação do CES por meio da Comissão de Vigilância em Saúde e da própria CIOF;

- Reforçar a importância de agenda permanente nas Plenárias de Conselhos para apresentação e discussão dos instrumentos de gestão e do respectivo monitoramento e acompanhamento desses instrumentos pelos conselhos de saúde;

- Sugerir que a Comissão de Municipalização com o apoio da CIOF proponha e acompanhe a agenda acima junto à Coordenação de Plenárias do CES;

- Priorização de indicadores estratégicos para acompanhamento direto pelo CES junto com as respectivas referências técnicas da SESA, sendo que a priorização citada será em relação aos indicadores de mortalidade materna e infantil;

- Reiterar a solicitação de definição de cronograma de reuniões com as referências técnicas responsáveis pelos indicadores priorizados - mortalidade materna e infantil, para detalhamento de dados referentes aos mesmos, destacando informações por município, por região e por estabelecimento de saúde;

- Propor que, por meio do setor responsável pela Educação Permanente em Saúde, sejam instituídas no âmbito do conselho estadual, com possibilidade de participação dos Conselhos Locais (conselhos gestores dos serviços), Rodas de Conversas para aprofundamento e alinhamento de conhecimentos e informações acerca dos instrumentos de gestão, políticas de saúde em desenvolvimento, novas estratégias de ampliação e melhoria do acesso e outros temas de interesse do controle social;

- Apontar a necessidade de criação de mecanismos de acompanhamento da execução das emendas parlamentares destinadas aos hospitais filantrópicos (visto que atualmente o CES é informado da destinação de recursos, mas não da aplicação e prestação de contas dos mesmos) para maior clareza e transparência;

- Solicitar apresentação ao CES dos novos rumos que estão sendo dados à Rede Cuidar no estado, da proposta de Regulação Formativa e dos projetos/editais do ICEPi em andamento na SESA.

Art.3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário;

Art.4º - O conteúdo desta Resolução, na íntegra, está disponibilizado no endereço eletrônico: www.saude.es.gov.br.

Vitória-ES, 29 de novembro de 2019.

LUIZ CARLOS REBLIN
Presidente do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES

Homologo a Resolução Nº. 1136/2019 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.

NESIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Estado da Saúde
Protocolo 545627

RESOLUÇÃO CES Nº 1138/2019
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 205ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de novembro de 2019, e,

CONSIDERANDO:

O parecer emitido pelo Comitê Intersetorial de Orçamento e Finanças - CIOF, do Conselho Estadual de Saúde, relativo ao Plano Estadual de Saúde - PES 2020-2023 da Secretaria de Estado da Saúde - SESA - ES que destaca:

1 - O Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação das prioridades no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Reflete as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e configura-se como base para execução, acompanhamento e avaliação da gestão do Sistema de Saúde;
2 - Que o PES deve contemplar as discussões e propostas definidas pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde e ser submetido à apreciação e deliberação do Conselho de Saúde respectivo;
3 - Que o PES 2020-2023 da SESA, composto por 05 Diretrizes, 19 Objetivos e 92 Metas foi apresentado e discutido com os membros do colegiado do CES em dois momentos denominados - I e II Seminários de Apresentação do Plano Estadual de Saúde 2020/2023 - realizados nos dias 04/11/2019 e 18/11/2019, aberto à participação de todos os conselheiros;
4 - O referido documento foi apreciado pelo CIOF em reunião realizada no dia 19/11/19, onde verificou-se que as propostas oriundas das Conferências de Saúde foram incorporadas às diretrizes e aos objetivos do PES (conforme descrito no documento "Compatibilização das propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde/etapa estadual da 16ª CNS") e;
5 - Considerando ainda que o CIOF **Sugere** a aprovação do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 da Secretaria de Estado da Saúde - SESA - ES;
RESOLVE:

Art.1º - Aprovar as Diretrizes, Objetivos e Metas do Plano Estadual de Saúde 2020/2023 da Secretaria de Estado da Saúde.

Art.2º - Aprovar as Recomendações sugeridas pela CIOF a seguir:
Que a Secretaria de Estado da Saúde apresente de forma detalhada ao Conselho Estadual de Saúde:
A proposta de expansão e Co financiamento do SAMU 192, com os prazos definidos e/ou pactuados com os municípios;
Os projetos de construção e cronograma de execução das obras do Hospital Geral de Cariacica, do novo Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silvares (São Mateus), bem como da conclusão do Hospital Estadual de Urgência, Emergência;
As reformas e adequações previstas para os hospitais estaduais, de forma especial para o Hospital Estadual Dório Silva, Hospital Estadual Infantil de Vitória e Hospital Estadual de Vila Velha;
As discussões, encaminhamentos e decisões oriundas do trabalho do grupo técnico que estuda o processo de estadualização do Hospital Geral de Linhares.
Art.3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em

contrário;

Art.4º - O conteúdo desta Resolução, na íntegra, está disponibilizado no endereço eletrônico: www.saude.es.gov.br.

Vitória-ES, 29 de novembro de 2019.

LUIZ CARLOS REBLIN
Presidente do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES

Homologo a Resolução Nº. 1138/2019 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.

NESIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Estado da Saúde
Protocolo 545631

CADASTRO DE **FARMÁCIAS E DROGARIAS** QUE DISPENSAM MEDICAMENTOS DE USO SISTÊMICO - **LISTA "C2" (RETINÓIDES)**

Razão Social: **ARPOADOR COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**
Nome fantasia: **DROGARIA SANTA LÚCIA**

Endereço: **Rua Doutor Antonio Basílio, nº 534 - Lojas 13 e 14 - Jardim da Penha Vitória - ES**

Nº do processo: **88022641**
CNPJ: **27.326.719/0047-56**

A Empresa se encontra cadastrada neste Núcleo Especial de Vigilância Sanitária - NEVS/ES sob nº **026/19** para exercer a atividade de dispensação de medicamentos de uso sistêmico constantes da lista "C2" (RETINÓIDES) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, conforme determina o art. 124, capítulo X, Instrução Normativa, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, aprovada pela Portaria SVS/MS nº 6, de 19 de janeiro de 1999.

Vitória/ES, 28 de novembro de 2019.

KELLY ROSE AREAL
Gerente de Vigilância em Saúde
Protocolo 545611

CADASTRO DE **FARMÁCIAS E DROGARIAS** QUE DISPENSAM MEDICAMENTOS DE USO SISTÊMICO - **LISTA "C2" (RETINÓIDES)**

Razão Social: **ARPOADOR COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**
Nome fantasia: **DROGARIA SANTA LÚCIA**

Endereço: **Rua Monsenhor Pedrinha, nº1475 - Centro - Linhares - ES**

Nº do processo: **88021769**

CNPJ: **27.326.719/0036-01**

A Empresa se encontra cadastrada neste Núcleo Especial de Vigilância Sanitária - NEVS/ES sob nº **025/19** para exercer a atividade de dispensação de medicamentos de uso sistêmico constantes da lista "C2" (RETINÓIDES) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, conforme determina o art. 124, capítulo X, Instrução Normativa, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, aprovada pela Portaria SVS/MS nº 6, de 19 de janeiro de 1999.

Vitória/ES, 28 de novembro de 2019.

KELLY ROSE AREAL
Gerente de Vigilância em Saúde
Protocolo 545612

CADASTRO DE **FARMÁCIAS E DROGARIAS** QUE DISPENSAM MEDICAMENTOS DE USO SISTÊMICO - **LISTA "C2" (RETINÓIDES)**

Razão Social: **ARPOADOR COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**
Nome fantasia: **DROGARIA SANTA LÚCIA**

Endereço: **Rua Doutor Jair Andrade, nº 386 - Lojas 05; 06; 07 - Itapoá - Vila Velha - ES**

Nº do processo: **88021815**

CNPJ: **27.326.719/0044-03**

A Empresa se encontra cadastrada neste Núcleo Especial de Vigilância Sanitária - NEVS/ES sob nº **027/19** para exercer a atividade de dispensação de medicamentos de uso sistêmico constantes da lista "C2" (RETINÓIDES) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, conforme determina o art. 124, capítulo X, Instrução Normativa, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, aprovada pela Portaria SVS/MS nº 6, de 19 de janeiro de 1999.

Vitória/ES, 28 de novembro de 2019.

KELLY ROSE AREAL
Gerente de Vigilância em Saúde
Protocolo 545615

II – Lei nº. 11.095/2020

Que dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA para o quadrimestre

2020-2023

Área Estratégica: Saúde Integral

DIÁRIO OFICIAL

DIÁRIO OFICIAL DOS PODERES DO ESTADO

www.dio.es.gov.br | Vitória (ES), Quarta-feira, 08 de Janeiro de 2020. | Edição Extra

- PODER EXECUTIVO - EDIÇÃO EXTRA

Governadoria do Estado

Lei

LEI Nº 11.095

Dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2020-2023 e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Faço saber que a Assembleia Legislativa decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2020-2023, em cumprimento ao disposto no art. 150, § 1º, da Constituição Estadual.

Parágrafo único. Integram o Plano Plurianual os seguintes Anexos:

I - Anexo I – Programas do Poder Executivo, divididos em nove áreas estratégicas;

II - Anexo II – Programas dos Poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública;

III - Anexo III – Prioridades e Metas da Administração Pública Estadual referente ao exercício financeiro de 2020; e

IV - Anexo IV - Demonstrativo das Emendas Parlamentares.

Art. 2º Constituem Diretrizes da Administração Pública Estadual, para o quadriênio 2020-2023:

I - Ética e Transparência;

II - Democracia de Alta Intensidade;

III - Responsabilidade Fiscal e Social;

IV - Desenvolvimento Regional e Equilibrado;

V - Infraestrutura e Sustentabilidade; e

VI - Gestão Pública Moderna e Inovadora.

Art. 3º Os Anexos I e II, mencionados no art. 1º desta Lei, compreendem os programas do Poder Executivo, dos Poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, para o quadriênio 2020-2023, indicando, para cada programa, seu tipo, objetivo, público-alvo, órgão responsável, indicadores para os programas do tipo finalístico, valor global por origem dos recursos, bem como suas ações com o custo acumulado no período e seus respectivos produtos e metas físicas regionalizadas.

§ 1º Os códigos e os títulos dos programas e ações do Plano Plurianual serão aplicados nas leis orçamentárias e créditos adicionais e nas leis que os modifiquem.

§ 2º Os valores globais consignados no Plano Plurianual para programas e ações são referenciais e não se constituem em limites à programação das despesas expressas nas leis orçamentárias e nos créditos adicionais.

§ 3º Os valores globais referidos no *caput* deste artigo e suas correspondentes programações de gastos deverão ser adequados, quando da elaboração da proposta orçamentária anual, à previsão de receita, às metas e aos limites fiscais fixados para o respectivo exercício.

Art. 4º No PPA 2020-2023 toda ação governamental será estruturada em Programas e os recursos disponíveis serão alocados em ações que deverão ser coerentes com os resultados e o público-alvo que o programa pretende alcançar.

§ 1º Os Programas são classificados como:

I - Programa Finalístico: quando resulta em bens e serviços ofertados diretamente à sociedade; os benefícios e resultados esperados possuem impactos junto aos beneficiários do programa; e

II - Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais: aqueles voltados para as ações destinadas a apoio e a manutenção da atuação governamental e gestão das políticas, resultando em bens ou serviços ofertados ao próprio Estado, de forma a apoiar os Programas Finalísticos.

§ 2º Ficam dispensados de integrar o Plano Plurianual os programas destinados exclusivamente a operações especiais.

Art. 5º Estão contidas no Anexo III as prioridades e metas da Administração Pública Estadual para o exercício de 2020, em entendimento ao disposto no art. 3º da Lei de Diretrizes Orçamentárias nº 11.011, de 04 de julho de 2019, definidas pelo Planejamento Estratégico do Governo, contendo:

I - os programas cujas ações orçamentárias abrangem projetos do Planejamento Estratégico do Governo;

II - as ações necessárias à geração dos produtos compreendidos como prioritários; e

III - as metas dos produtos prioritários referentes ao exercício 2020.

Art. 6º A gestão do Plano Plurianual observará os princípios de eficiência, eficácia e efetividade e compreenderá a execução, o monitoramento, a avaliação e a revisão de programas, seus objetivos, indicadores, ações, produtos, metas e valores.

§ 1º Caberá ao Poder Executivo, por intermédio da Secretaria de Estado de Economia e Planejamento – SEP, estabelecer normas complementares para a gestão do Plano Plurianual 2020-2023.

§ 2º O Poder Executivo manterá módulo de informações gerenciais, em sistema de informações adequado, para apoio à gestão do Plano Plurianual, que será atualizado permanentemente e conterá as informações quantitativas e qualitativas referentes ao andamento dos programas e ações, suas execuções financeiras, o alcance das metas e o acompanhamento dos indicadores.

§ 3º As informações sobre o acompanhamento do PPA 2020-2023 serão disponibilizadas, em linguagem simples, no site da SEP e no Portal da Transparência do Estado.

Art. 7º Os programas do Plano Plurianual 2020-2023 serão anualmente avaliados, conforme definido no art. 4º, I, "e", da Lei Complementar Federal nº 101, de 04 de maio de 2000.

§ 1º Os órgãos e unidades orçamentárias do Poder Executivo responsáveis por programas ou ações, nos termos do Anexo I desta Lei, deverão manter atualizadas, durante cada exercício financeiro, na forma estabelecida pela SEP, as informações referentes à execução física das ações dos Orçamentos Fiscal, da Seguridade Social e de Investimento sob sua responsabilidade.

§ 2º Aplica-se aos órgãos e unidades orçamentárias dos Poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, responsáveis por programas ou ações, nos termos do Anexo II desta Lei, o disposto no § 1º deste artigo.

Art. 8º A inclusão, exclusão ou alteração de programas constantes desta Lei será encaminhada à Assembleia Legislativa por meio de projeto de lei específico ou de revisão do Plano Plurianual, ressalvado o disposto nos arts. 9º e 10 desta Lei.

Parágrafo único. O Poder Executivo poderá revisar o Plano Plurianual, encaminhando projeto de lei à Assembleia Legislativa até 30 (trinta) dias antes do encaminhamento do projeto de Lei Orçamentária Anual.

Art. 9º A inclusão, exclusão ou alteração de ações, de seus produtos, suas metas e regionalização no Plano Plurianual, quando necessárias e que envolvam recursos dos orçamentos do Estado, poderão ocorrer por intermédio da Lei Orçamentária Anual ou de seus créditos adicionais, alterando-se na mesma proporção o valor do respectivo programa, respeitado o disposto no art. 152 da Constituição Estadual.

Art. 10. O Poder Executivo, por intermédio da SEP, fica autorizado a:

I - alterar o órgão ou a unidade orçamentária responsável pelos programas;

II - incluir, excluir ou alterar indicador de resultado e registrar a mensuração de seu respectivo índice; e

III - adequar o título dos produtos, das unidades de medidas, das metas e regionalização, com vistas à melhoria do processo de monitoramento e avaliação.

Art. 11. O Poder Executivo, por meio da SEP, enviará ao Poder Legislativo, até o dia 30 de abril de cada exercício financeiro, relatório de avaliação do PPA 2020-2023, que conterá:

I - Demonstrativo da execução dos programas do plano, a última apuração dos indicadores de resultados, a execução financeira das ações e a execução física dos seus produtos; e

II - Demonstrativo das alterações ocorridas conforme autorização contida no art. 10.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Anchieta, em Vitória, 07 de janeiro de 2020.

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado

PPA 2020-2023

ANEXO I : **PROGRAMAS DO PODER EXECUTIVO**

TIPO DE PROGRAMA : **FINALÍSTICO**

ÁREA ESTRATÉGICA : **SAÚDE INTEGRAL**

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Estado de Economia e Planejamento

0047 | NOVO SUS CAPIXABA

ÓRGÃO RESPONSÁVEL:

44 - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

OBJETIVO

PERMITIR QUE OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA SEJAM PRESTADOS EM AMBIENTES DE ACESSO RESOLUTIVO E ACOLHEDORES AOS USUÁRIOS, REORIENTAR O MODELO DA ATENÇÃO E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, TORNANDO A ATENÇÃO BÁSICA MAIS RESOLUTIVA E INTEGRADA COM A ATENÇÃO ESPECIALIZADA, MODERNIZAR E QUALIFICAR A RESOLUTIVIDADE CLÍNICA E A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCORPORAR E DESENVOLVER NOVAS TECNOLOGIAS E PRÁTICAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL, DE INOVAÇÃO DE AMBIENTES PRODUTIVOS EM SAÚDE E DE PESQUISA APLICADA AO SUS.

PÚBLICO ALVO

USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

INDICADORES DE RESULTADO

COBERTURA POPULACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
REFERÊNCIA: 57.6 | UNIDADE DE MEDIDA: % | ANO: 2018 | FONTE: SESA

COBERTURA VACINAL DE MENORES DE 1 ANO
REFERÊNCIA: 72.48 | UNIDADE DE MEDIDA: % | ANO: 2018 | FONTE: DATASUS

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL
REFERÊNCIA: 10.67 | UNIDADE DE MEDIDA: POR MIL NASCIDOS VIVOS | ANO: 2018 | FONTE: DATASUS

TOTAL DE LEITOS DE INTERNAÇÃO
REFERÊNCIA: 7581 | UNIDADE DE MEDIDA: UN | ANO: 2018 | FONTE: DATASUS

RECURSOS

R$ 1,00

ORIGEM	FONTE	DESPESAS CORRENTES	DESPESAS CAPITAL	TOTAL
ORÇAMENTO FISCAL/SEGURIDADE	RECURSOS DO TESOURO	10.376.057.625	460.367.647	10.836.425.272
	RECURSOS DE OUTRAS FONTES	7.889.701		7.889.701
	TOTAL	10.383.947.326	460.367.647	**10.844.314.973**

AÇÕES

R$ 1,00

1051 - CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO — **287.278.551**

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
UNIDADE DE SAÚDE CONSTRUÍDA	3 un	METROPOLITANA	FES
	2 un	CENTRAL SUL	FES
	1 un	RIO DOCE	FES
	1 un	CENTRO OESTE	FES
	2 un	NOROESTE	FES
UNIDADE DE SAÚDE REFORMADA	16 un	METROPOLITANA	FES
	1 un	CENTRAL SERRANA	FES
	1 un	SUDOESTE SERRANA	FES
	4 un	LITORAL SUL	FES
	6 un	CENTRAL SUL	FES
	3 un	CAPARAÓ	FES
	1 un	RIO DOCE	FES
	3 un	CENTRO OESTE	FES
	2 un	NOROESTE	FES
	2 un	NOROESTE	FES

AÇÕES

R$ 1,00

1051 - CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO — 287.278.551

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
UNIDADE DE SAÚDE REFORMADA	9 un	METROPOLITANA	FES
	1 un	CENTRAL SERRANA	FES
	1 un	SUDOESTE SERRANA	FES
	3 un	CENTRAL SUL	FES
	1 un	CAPARAÓ	FES
	1 un	RIO DOCE	FES
	3 un	CENTRO OESTE	FES
	2 un	NORDESTE	FES

1092 - CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL GERAL DE CARIACICA — 70.780.125

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
HOSPITAL CONSTRUÍDO	100 %	METROPOLITANA	FES

1114 - CONSTRUÇÃO DO NOVO HOSPITAL DR. ROBERTO ARNIZAUT SILVARES — 54.998.810

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
HOSPITAL CONSTRUÍDO	100 %	NORDESTE	FES

1719 - CONCLUSÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA — 14.117.512

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
PRONTO SOCORRO CONCLUÍDO	100 %	METROPOLITANA	FES

2057 - GESTÃO PARA FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA — 18.078.558

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
MUNICÍPIO BENEFICIADO E APOIADO	78 un	ESTADO	FES

2070 - ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE — 75.295.859

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
UNIDADE MANTIDA	1 un	ESTADO	FES

2084 - CAMPANHAS EDUCATIVAS NA SAÚDE — 17.545.520

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
CAMPANHA REALIZADA	684 un	ESTADO	FES

2095 - REMUNERAÇÃO DE PESSOAL ATIVO E ENCARGOS SOCIAIS — 2.768.077.718

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
SERVIDOR REMUNERADO	7.800 un	ESTADO	FES

2125 - COFINANCIAMENTO DO SAMU — 84.812.294

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
MUNICÍPIO COM SAMU IMPLANTADO	2 un	METROPOLITANA	FES
	4 un	CENTRAL SERRANA	FES
	4 un	SUDOESTE SERRANA	FES
	8 un	LITORAL SUL	FES
	8 un	CENTRAL SUL	FES
	11 un	CAPARAÓ	FES
	3 un	RIO DOCE	FES
	8 un	CENTRO OESTE	FES

AÇÕES R$ 1,00

2125 - COFINANCIAMENTO DO SAMU 84.612.294

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
MUNICÍPIO COM SAMU IMPLANTADO	5 un	NORDESTE	FES
	3 un	NOROESTE	FES

2126 - MANUTENÇÃO DAS FARMÁCIAS CIDADÃS ESTADUAIS 22.857.495

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
PACIENTE ATENDIDO	12.552.844 un	ESTADO	FES

2127 - GESTÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO EM TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO SUS 54.996.288

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
SISTEMA IMPLANTADO	100 %	ESTADO	FES

2128 - DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE FORMAÇÃO, PESQUISA, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE 48.541.056

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
PESQUISA FINANCIADA	48 un	ESTADO	FES
PROFISSIONAL CAPACITADO	8.000 un	ESTADO	FES

2184 - MANUTENÇÃO DA REDE HOSPITALAR PRÓPRIA 3.112.835.028

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
INTERNAÇÃO REALIZADA	380.736 un	METROPOLITANA	FES
	3.939 un	CENTRAL SUL	FES
	3.369 un	CAPARAÓ	FES
	4.721 un	RIO DOCE	FES
	22.727 un	CENTRO OESTE	FES
	25.333 un	NORDESTE	FES
	11.939 un	NOROESTE	FES

2185 - MANUTENÇÃO DOS NÚCLEOS REGIONAIS DE ESPECIALIDADES E CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 397.358.979

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
PROCEDIMENTO REALIZADO	277.433 un	METROPOLITANA	FES
	44.947 un	CENTRAL SUL	FES
	170.217 un	CENTRO OESTE	FES
	277.435 un	NORDESTE	FES

2191 - COFINANCIAMENTO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR 83.217.096

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
PROCEDIMENTO REALIZADO	76 un	ESTADO	FES
	168.000 un	METROPOLITANA	FES
	294.000 un	CENTRAL SERRANA	FES
	192.048 un	SUDOESTE SERRANA	FES
	192.000 un	LITORAL SUL	FES
	192.000 un	CENTRAL SUL	FES
	300.816 un	CAPARAÓ	FES
	168.048 un	RIO DOCE	FES
	240.000 un	CENTRO OESTE	FES
	216.000 un	NORDESTE	FES

AÇÕES R$ 1,00

2191 - COFINANCIAMENTO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR 85.217.098

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
PROCEDIMENTO REALIZADO	350.000 un	NOROESTE	FES

2192 - LOGÍSTICA INTEGRADA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DE SAÚDE 8.461.229

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
SISTEMA IMPLANTADO	1 un	ESTADO	FES

2209 - APOIO FINANCEIRO ÀS AÇÕES DE SAÚDE COM ENTES E INSTITUIÇÕES PARCEIRAS 66.074.565

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
ENTIDADE APOIADA	100 un	ESTADO	FES
MUNICÍPIO APOIADO	78 un	ESTADO	FES

2252 - GESTÃO DAS SUPERINTENDÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE 45.224.551

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
SUPERINTENDÊNCIA MANTIDA	1 un	METROPOLITANA	FES
	1 un	CENTRAL SUL	FES
	1 un	CENTRO OESTE	FES
	1 un	NOROESTE	FES

2290 - GESTÃO DO INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO DE SAÚDE 16.921.450

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
INSTITUTO CAPIXABA MANTIDO	1 un	ESTADO	FES

2291 - FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS SERVIDORES DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES 150.000

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
POLO IMPLANTADO	40 un	ESTADO	FES

2292 - FORTALECER AS INSTÂNCIAS DO CONTROLE SOCIAL E OS CANAIS DE INTERAÇÃO COM O USUÁRIO, COM GARANTIA DE TRANSPARÊNCIA E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ 300.000

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
AÇÃO REALIZADA	1 un	ESTADO	FES

2692 - DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ESPECIALIZADOS 680.282.842

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
MEDICAMENTO E INSUMO DISTRIBUÍDO	181.919.141 un	ESTADO	FES

2719 - GESTÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE 3.172.961

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
CONSELHO MANTIDO	1 un	ESTADO	FES

2720 - MANUTENÇÃO DA REDE DE SANGUE E HEMODERIVADOS 54.898.148

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
UNIDADE MANTIDA	5 un	ESTADO	FES

2961 - FORTALECIMENTO DO SUBSISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 29.452.715

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM FUNCIONAMENTO E ALIMENTADO	14 un	ESTADO	FES

4899 - CONTRAPARTIDA FINANCEIRA AOS MUNICÍPIOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS 47.220.145

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária

AÇÕES **R$ 1,00**

4699 - CONTRAPARTIDA FINANCEIRA AOS MUNICÍPIOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS **47.220.145**

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
MUNICÍPIO BENEFICIADO	7 un	METROPOLITANA	FES
	5 un	CENTRAL SERRANA	FES
	7 un	SUDOESTE SERRANA	FES
	8 un	LITORAL SUL	FES
	8 un	CENTRAL SUL	FES
	11 un	CAPARAÓ	FES
	6 un	RIO DOCE	FES
	10 un	CENTRO OESTE	FES
	9 un	NOROESTE	FES
	7 un	NOROESTE	FES

4701 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS E SERVIÇOS **20.581.754**

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
ATIVIDADE REALIZADA	4.184 un	ESTADO	FES

4705 - ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR À REDE PÚBLICA DE SAÚDE **2.529.229.215**

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
CONSULTA MÉDICA REALIZADA	2.105.960 un	ESTADO	FES
LEITO PARTICULAR VIABILIZADO	27.136 un	ESTADO	FES
SERVIÇO DE REMOÇÃO REALIZADO	24.401 un	ESTADO	FES

4707 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU **239.979.455**

Produto	Meta Física	Regionalização	Un. Orçamentária
ATENDIMENTO REALIZADO	2.179.006 un	ESTADO	FES

lll - PLANO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO SARS CoV2 (COVID-19)

Vitória /ES

Revisado em 01/03/2020

Obs: Considerando que a inserção do PES 2020-2023 se deu em junho/2020, em plena pandemia do Coronavírus SARS CoV2 (COVID 19), decidimos inserir nos anexos o Plano Estadual de Prevenção e Controle do SARS CoV2, bem como o Informe Epidemiológico nº. 07 - Novo Coronavírus – COVID 19 – (atualizado em 16/06/2020)

Governo do Estado do Espírito Santo

Renato Casagrande

Secretaria de Estado da Saúde

Nésio Fernandes de Medeiros Junior

Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)

Cátia Lisboa

PLANO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO SARS CoV2 (COVID-19)

Vitória
Revisado em 01/03/2020

Sumário

1. INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) 4

1.1. Características Gerais 4

1.2. Agente Etiológico 4

1.3. Reservatório e Modo de transmissão 5

1.4. Período de incubação 6

1.5. Período de Transmissibilidade 6

1.6. Suscetibilidade e Imunidade 6

1.7. Manifestações clínicas 6

2. PORTOS E AEROPORTO 7

3. COMUNICAÇÃO E PUBLICIDADE 7

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS 8

4.1. Critério de definição de casos 8

5. CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS 10

6. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 12

7. CONDIÇÃO DE TRANSPORTE DO PACIENTE 12

8. PRECAUÇÃO DE CONTATO E DE VIAS AÉREAS 12

8.1. PROFISSIONAIS DE SAÚDE 12

8.2. PACIENTES EM QUARTOS COM PRESSÃO NEGATIVA 13

8.3. PACIENTES EM QUARTOS SEM PRESSÃO NEGATIVA 13

8.4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE 14

8.4.1. Precauções padrão 14

9. NOTIFICAÇÃO 14

9.1. Meio para Notificação 14

9.2. Registro 15

10. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR 15

10.1. Medidas de Biossegurança para Profissionais de Saúde 15

10.1.1. Utilização de Equipamentos de Proteção Individual – EPI 16

10.2. Notificação de Acidentes de Trabalho 17

10.3. Monitoramento e Atendimento dos Trabalhadores 18

11. VIGILÂNCIA LABORATORIAL 18

11.1. Diagnóstico diferencial 18

11.2. Procedimentos para Diagnóstico Laboratorial 18

11.3. Orientações para Coleta, Acondicionamento e envio das Amostras para Coronavírus (COVID-19) 19
11.3.1. Acondicionamento das amostras 19
11.3.2. Transporte e envio de amostras para diagnóstico 20
11.3.3. Nível de Biossegurança 20
11.3.4. Coleta 20
11.4. Fluxo de Acondicionamento e Transporte das Amostras 22
11.5. Coleta de Amostras em Situação de Óbito 23
11.5.1. Pontos anatômicos para coleta de amostras 23
11.6. Diagnóstico Viral 23
11.7. Diagnóstico Histopatológico 24
11.8. Documentação Necessária 24
12. REDE ASSISTENCIAL E REGULAÇÃO DO ACESSO 24
12.1. ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (APS) 24
12.1.1. Cuidados com o paciente 24
12.1.2. Medidas de Prevenção e Controle 25
12.2. Outras Medidas que Evitam a Transmissão de Vírus Respiratórios 25
12.2.1. Higienização das mãos 25
12.3. Assistência Hospitalar 27
12.3.1. Cuidados com o paciente 27
12.4. Medidas de Isolamento 28
12.5. Transporte do paciente 28
12.5.1. Cuidados com o paciente 28
12.6. Referências Hospitalares 29
12.7. Regulação do acesso 29
12.8. Diagnóstico clínico 29
12.9. Diagnóstico diferencial 29
12.10. Tratamento e atendimento 30
13. Fluxo para coleta e diagnóstico laboratorial de casos suspeitos do novo coronavírus identificados em serviços de saúde públicos 31
14. Fluxo para coleta e diagnóstico laboratorial de casos suspeitos do novo coronavírus identificados em estabelecimentos de saúde privados. 31
15. REFERÊNCIAS 32

1. INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)

1.1 Características Gerais

Em 31 de dezembro de 2019 a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi informada de um conjunto de casos de pneumonia de causa desconhecida detectados na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Um novo coronavírus (COVID-19) foi identificado como o vírus causador pelas autoridades chinesas em 7 de janeiro de 2020.

Em 22 de janeiro, ocorreu ativação do Centro de Operações de Emergência, nível 1, do Ministério da Saúde (MS), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), para harmonização, planejamento e organização das atividades com os atores envolvidos e monitoramento internacional.

Em 24 de janeiro, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES), ativou o Centro de Operações de Emergência (COE), coordenado pela Gerência de Vigilância em Saúde (GEVS), para gerenciar as ações de prevenção e controle do novo coronavírus.

Os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais, são altamente patogênicos e foram os causadores da Sindrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e Sindrome Respiratória do Oriente Médio (MERS.

Em relação a doença pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19), a clínica não está descrita completamente, como o padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. Ainda não há vacina ou medicamentos específicos disponíveis e, atualmente, o tratamento é de suporte e inespecífico.

1.2 Agente Etiológico

Recentemente foram anunciados os nomes oficiais para o vírus responsável pelo COVID-19 (anteriormente conhecido como "2019 novo coronavírus") e pela doença que ele causa.

Os nomes oficiais são:

Doença: doença de coronavírus (COVID-19).

Vírus: síndrome respiratória aguda grave coronavírus (SARS-CoV-2).

Trata-se de RNA vírus da ordem *Nidovirales* da família *Coronaviridae*. Os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 são da subfamília *Betacoronavírus* que infectam somente mamíferos; são altamente patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória e gastrointestinal. Além desses três, há outros quatro tipos de coronavírus que podem induzir doença no trato respiratório superior e, eventualmente inferior, em pacientes imunodeprimidos, bem como afetar especialmente crianças, pacientes com

comorbidades, jovens e idosos. Todos os coronavírus que afetam humanos tem origem animal.

O coronavírus foi isolado pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa conforme proposto por Tyrrell como um novo gênero de vírus.

1.3 Reservatório e Modo de transmissão

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre elas, como aconteceu com o MERS-CoV e SARS- CoV. No início, muitos dos pacientes com surtos de doenças respiratórias causados por COVID-19 em Wuhan, na China, tinham alguma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo que a disseminação ocorreu de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando também a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa. As autoridades chinesas relatam que a disseminação sustentada de pessoa para pessoa está ocorrendo na China. Casos de transmissão pessoa-pessoa já foi relatado em outros países, como Estados Unidos, Alemanha, Japão e Vietnã.

A transmissão em instituições de saúde, como hospitais, também pode ocorrer, já tendo sido relatados casos na China e França. Quando da disseminação de pessoa para pessoa que ocorreu com MERS-CoV e SARS-CoV, acredita-se que tenha ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, semelhante à maneira como a influenza e outros patógenos respiratórios se espalham. Tendo sido identificado também transmissão por aerossóis em pacientes submetidos a procedimentos de vias aéreas, como a intubação oro traqueal ou aspiração de vias aéreas.

Na população, a disseminação de MERS-CoV e SARS-CoV entre pessoas geralmente ocorre após contatos próximos, sendo particularmente vulneráveis os profissionais de saúde que prestam assistência a esses pacientes. Nos surtos anteriores de SARS e MERS os profissionais de saúde representaram uma parcela expressiva do número de casos, tendo contribuído para amplificação das epidemias.

É importante esclarecer para melhor entendimento quanto ao risco associado ao COVID-19, que a facilidade com que um vírus se espalha de pessoa para pessoa pode variar. Alguns vírus são altamente transmissíveis (como sarampo), enquanto outros são menos transmissíveis.

1.4 Período de incubação

O período médio de incubação da infecção por coronavírus é de **5,2 dias**, **podendo chegar até 12,5 dias**.

1.5 Período de Transmissibilidade

Apesar da transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV ser em média de 7 dias após o início dos sintomas. **Dados preliminares do Novo Coronavírus (COVID-19) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas.**

ATENÇÃO: Até o momento, não há informação suficiente sobre quantos dias antes do início dos sinais e sintomas uma pessoa infectada pode transmitir o virus.

1.6 Suscetibilidade e Imunidade

A suscetibilidade é geral, por ser um vírus novo. Sobre a imunidade não se sabe se a infecção em humanos que não evoluíram para o óbito irá gerar imunidade contra novas infecções e se essa imunidade é duradoura por toda a vida. O que se sabe é que a projeção em relação aos números de casos está intimamente ligado a transmissibilidade (RO) e suscetibilidade.

1.7 Manifestações clínicas

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. No entanto, neste novo coronavírus não está estabelecido completamente o espectro, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença.

Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. O paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar. Até 2 de janeiro de 2020, de 41 pacientes confirmado por exames laboratoriais com COVID-19 internados no hospital de Wuhan, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (73%); menos da metade tinha doenças subjacentes (32%), a mediana de idade era de 49 anos e os sintomas comuns no início da doença foram febre (98%), tosse (76%) e mialgia ou fadiga (44%); sintomas menos comuns foram expectoração (28%), dor de cabeça (8%), hemoptise (5%) e diarreia (3%). Dispneia se desenvolveu em 22 (55%) dos 40 pacientes (mediana do tempo do início da doença até a dispneia 8,0 dias) e 26 (63%) dos 41 pacientes apresentaram linfopenia.

Em um outro estudo, finalizado no início de fevereiro de 2020, foram analisados de maneira retrospectiva, 138 pacientes hospitalizados em Wuhan, na China, este pacientes foram diagnosticados com pneumonia pelo COVID-19. A idade média foi de 56 anos (intervalos de 42-68 anos e 22-92 anos) e 54,3% (75/138) dos pacientes eram do sexo masculino. Houve suspeita de transmissão hospitalar entre pacientes (40) e profissionais de saúde (17). Os sintomas mais observados incluíram febre (98,6%), fadiga (69,6%) e tosse seca (59,4%). Na tomografia computadorizada do tórax observou-se opacidade em vidro fosco de todos os pacientes.

Em relação ao tratamento, 89,9% (124) recebeu o antiviral fosfato de oseltamivir, e também foram medicados com antibacterianos (64,4% (89) com moxifloxacina; 24,6% (34) ceftriaxona; 18,1% (25) azitromicina) e 44,9% (62) usaram terapia com glicocorticóides. Entre os pacientes 26,1% (36) tiveram complicações e foram transferidos para unidade de terapia intensiva (UTI), principalmente por síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) (61,1% (22)), por arritmia (44,4% (16)) e choque (30,6 % (11)).

A mediana entre o início dos sintomas (IS) e a dispnéia foi de 5 dias, entre o IS e a admissão hospitalar foi de 7 dias e o IS e a SDRA foi de 8 dias. Em 72,2% (26) dos pacientes de UTI foi observado comorbidades, em relação a 19,6% (20) dos hospitalizados em leito comum. Até o final do estudo, 34,1% dos pacientes haviam recebido alta hospitalar e 6 evoluíram ao óbito, os demais seguiam hospitalizados. Entre os que receberam alta, a mediana de dias de internação foi de 10 dias.

2 PORTOS E AEROPORTO

Nas situações em que houver a necessidade de transporte do caso suspeito dos Portos ou do Aeroporto para o serviço de saúde (público ou privada), a empresa responsável pela remoção deverá seguir as normas da ANVISA e de Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) quanto as medidas de precaução.

- Portos: responsabilidade do Agente marítimo, Armador ou Administrador portuário.
- Aeroporto Eurico de Aguiar Salles (aeroporto de Vitória): resposnsabilidade da Aeroportos do Sudeste do Brasil (AseB), empresa que assumiu o aeroporto.

3 COMUNICAÇÃO E PUBLICIDADE

A comunicação pública sobre casos será responsabilidade da Assessoria de Comunicação Social (Asscom) da Sesa/ES por meio de boletins informativos digitais que terão periodicidade definida pelo setor.

Caberá a Asscom/Sesa promover o alinhamento de respostas à imprensa junto as assessorias de comunicação municipais.

A Asscom articulará com o COE COVID-19 a distribuição de materiais informativos para a população e profissionais de saúde, quando necessário, além de organizar o atendimento às demandas de imprensa, quando necessário.

4 DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

4.1 Critério de definição de casos

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO		
Critérios Clínicos		**Critérios Epidemiológicos**
Febre[1] e pelo menos um sinal/sintoma respiratório	**E**	histórico de viagem para área com transmissão local[2] (**Alemanha, Austrália, Emirados Árabes Unidos, Filipinas, França, Irã, Itália, Malásia, Camboja, China, Coreia do Norte, Coreia do Sul, Japão, Singapura, Tailândia e Vietnã**), nos últimos 14 dias, anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.
Febre[1] e pelo menos um sinal/sintoma respiratório	E	**histórico de contato próximo de caso suspeito para o COVID-19** nos últimos 14 dias anteriores o aparecimento dos sinais e sintomas.

[1] Pode não estar presente em alguns pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou pelo antitérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração.

[2] Define-se como transmissão local a confirmação laboratorial de transmissão de COVID-19 entre pessoas com vinculo epidemiológico comprovado.

Definição de contato próximo
Estar a aproximadamente dois metros de um paciente com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

Definição de caso provável
Contato próximo domiciliar de caso confirmado laboratorial, que apresentar febre E/OU qualquer sintoma respiratório, dentro de 14 dias após o último contato com o paciente.

Definição de caso confirmado
A) Critério Laboratorial: Resultado positivo em RT-PCR, pelo protocolo Charité. B) Critério Clínico-epidemiológico: Contato próximo domiciliar de caso confirmado laboratorial, que apresentar febre E/OU qualquer sintoma respiratório, dentro de 14 dias após o último contato com o paciente e para o qual não foi possível a investigação laboratorial específica.

Definição de caso descartado
Casos suspeito com resultado laboratorial negativo para Coronavírus ou confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

Definição de caso excluído
Caso notificado que não se enquadrar na definição de caso suspeito. Nessa situação o registro será excluído da base de dados estadual.

Definimos como transmissão local, a confirmação laboratorial de transmissão do COVID-19 entre pessoas com vínculo epidemiológico comprovado. Os casos que ocorrerem entre familiares próximos ou profissionais de saúde de forma limitada não serão considerados transmissão local. As áreas com transmissão local serão atualizadas e disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, no link: **saude.gov.br/listacorona.**

CID 10 - Infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19): o código para registro de casos, conforme as definições, será o B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada.

5 CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS

As infecções por COVID-19 têm um amplo espectro de sintomas.

Classificação de casos sintomáticos adotada pela Organização de Saúde (OMS):

- **Doença não complicada** – quadro compatível com infecção de vias aéreas superiores, sem sinais de desidratação, dispneia, sepse ou disfunção de órgãos. Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, tosse, dor na garganta, congestão nasal, cefaleia, mal-estar e mialgia. Imunossuprimidos, idosos e crianças podem apresentar quadro atípico.

Pacientes nesta condição clínica considerar internação/isolamento domiciliar.

- **Pneumonia sem complicações** – infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade.

Pacientes nesta condição clínica deverão ser internados.

- **Pneumonia grave** – infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade:
    - frequência respiratória > 30 incursões por minuto;
    - dispneia;
    - SpO2 < 90% em ar ambiente;
    - cianose;
    - disfunção orgânica.

Crianças com pneumonia ainda podem ter como critérios de gravidade:

- uso de musculatura acessória para respiração;
- incapacidade ou recusa de se amamentar ou ingerir líquidos;
- sibilância ou estridor em repouso;
- vômitos incoercíveis;

o alteração do sensório (irritabilidade ou sonolência);

- convulsões.

A frequência respiratória que denota gravidade em infantes dependerá da idade, a saber:

- < 2 meses – a partir de 60 ipm;
- 2 a 11 meses e 29 dias – a partir de 50 ipm;
- 1 a 4 anos, 11 meses e 29 dias – a partir de 40 ipm.

Pacientes nesta condição clínica deverão ser internados, considerar possibilidade de UTI.

- **Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) –** surgimento ou agravamento dos sintomas respiratórios, até 1 semana do início da doença. Pode ainda apresentar.
  - Alterações radiológicas – opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos;
  - edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação;
  - relação PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg – leve (entre 200-300 mmHg), moderada (entre 100-200 mmHg) e grave (abaixo de 100 mmHg).

Pacientes nesta condição clínica deverão ser internados, considerar possibilidade de UTI.

- **Sepse** – síndrome da resposta inflamatória sistêmica com disfunção orgânica na presença de infecção presumida ou confirmada. São sinais frequentes de disfunção orgânica: alteração do nível de consciência, oligúria, taqui e/ou dispneia, baixa saturação de oxigênio, taquicardia, pulso débil, extremidades frias, coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato sérico ou da bilirrubina.

Pacientes nesta condição clínica deverão ser internados, considerar possibilidade de UTI.

- **Choque séptico –** sepse acompanhada de hipotensão [pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg] a despeito de ressuscitação volêmica adequada.

Pacientes nesta condição clínica deverão ser internados, considerar possibilidade de UTI.

6. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cuidados dos Profissionais para assistência:

- Os profissionais que fizerem atendimento ao paciente deverão estar paramentados devidamente com equipamentos de proteção individual -EPI (preferencial máscara n95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização; eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental);
- Manter e aumentar a rotina de higienização dos ambientes com a descontaminação de superfícies e tratamento de resíduos da sala restrita;
- Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização (consultar tópico – Informações detalhadas).
- A provisão de todos os insumos, como sabão líquido, álcool gel e EPI, devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente.

7. CONDIÇÃO DE TRANSPORTE DO PACIENTE

- Limite o transporte ao estritamente necessário.
- Notificar o setor que irá receber o paciente e também o serviço de transporte interno que o paciente está em precaução.
- Pequena gravidade: O transporte sanitário será de responsabilidade do município nas localidades atendidas pelo serviço ou regiões não atendidas pelo SAMU.
- Na gravidade será transportado pelo SAMU ou serviço móvel de urgência de empresa terceirizada.
- Durante o transporte o paciente deve utilizar a máscara cirúrgica.

- Caso o paciente esteja impossibilitado de usar máscara cirúrgica (IOT/máscara Venturi), o profissional deverá utilizar máscara N95 durante o transporte.

Caso seja possível acomode o paciente em quarto com Pressão Negativa.

8. PRECAUÇÃO DE CONTATO E DE VIAS AÉREAS

8.1 PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Obrigatório uso de avental descartável, luvas e máscara cirúrgica.
- Colocar a máscara antes de entrar no quarto/box, retirá-la após fechar a porta, estando fora do quarto/box, no corredor.

- Uso da máscara N95 **individual e reutilizável.** Pode ser reutilizada pelo mesmo profissional por longos períodos, desde que se mantenha íntegra, seca e limpa.
- Descarte quando estiver com sujidade visível, danificada ou houver dificuldade para respirar (saturação da máscara).
- Colocar máscara cirúrgica no acompanhante.

8.2. PACIENTES EM QUARTOS COM PRESSÃO NEGATIVA

Devido alta transmissibilidade, os pacientes com suspeita ou confirmação de síndrome respiratória por coronavírus (COVID-19) devem ser internados em **quartos de pressão negativa**.

Caso o número de pacientes em precaução aérea exceda o número de leitos com pressão negativa, discutir com SCIH

A alocação destes pacientes em quarto de pressão negativa é uma importante medida preventiva da disseminação do SARS CoV-2.

Orientações Gerais:

- Ligar e conferir o funcionamento da pressão negativa;
- Realizar o controle da pressão e registrar o valor a cada 6h no prontuário eletrônico.
- Acionar imediatamente a manutenção caso seja encontrado qualquer irregularidade
- Caso um paciente em precaução aérea seja **transferido ou receba alta**, mantenha a **pressão negativa ligada**. Não retire da porta do quarto a placa de identificação para precauções aérea até que seja realizada a higiene terminal e o profissional da higiene deve utilizar máscara do tipo respirador - N95 (PFF2).

8.3. PACIENTES EM QUARTOS SEM PRESSÃO NEGATIVA

• **Paciente sem máscara ou com máscara sem supervisão:** Após a transferência ou alta do paciente em precaução, deve-se aguardar **2 horas** até liberar este quarto/leito para outro paciente. Durante este período, a higiene do quarto pode ser realizada e o profissional da higiene deve utilizar máscara do tipo respirador - N95 (PFF2).

- **Paciente com máscara supervisionado durante todo o tempo de permanência:** o local poderá ser liberado para o próximo atendimento (exemplos: consultório, triagem, salas de exame, etc).

8.4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

8.4.1. Precauções padrão

Atualmente, não existe vacina para prevenir a infecção por SARS CoV-2. A melhor maneira de prevenir a infecção é evitar ser exposto ao vírus. No momento, não há comprovação que o SARS CoV-2 esteja circulando no Brasil, portanto não há precauções adicionais recomendadas para o público em geral. No entanto, como lembrete, o MS sempre recomenda ações preventivas diárias para ajudar a prevenir a propagação de vírus respiratórios, incluindo:

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabonete por pelo menos 20 segundos. Se não houver água e sabonete, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool;
- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Ficar em casa quando estiver doente;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel e jogar no lixo;
- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência.

Esses são hábitos diários que podem ajudar a impedir a propagação de vários vírus, inclusive o novo coronavírus.

9. NOTIFICAÇÃO

A Infecção Humana pelo novo coronavírus (COVID-19) é uma potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Sendo, portanto, um evento de saúde pública de notificação imediata.

Por determinação da Organização Mundial da Saúde os países devem enviar informações padronizadas de casos suspeitos que ocorram no território.

A notificação imediata deve ser realizada pelo meio de comunicação mais rápido disponível, **em até 24 horas a partir do conhecimento de caso que se enquadre na definição de suspeito.**

9.1. Meio para Notificação

Considerando a inexistência de sistema de informação que contemple essas informações, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES), todos os casos devem ser notificados usando a ficha de Ficha de notificação para casos suspeitos de novo coronavírus (COVID-19) no link abaixo:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=53635

Este formulário deve ser utilizado para envio das informações padronizadas sobre casos suspeitos do novo coronavírus pelos serviços públicos e privados. Todas as informações inseridas serão disponibilizadas em tempo real para o CIEVS que será responsável para encaminhar para a autoridade local e nacional responsável.

Ficará sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde do Espirito Santo o envio da cópia da ficha para a Secretaria de Saúde do Município onde ocorreu o atendimento e de residência do paciente, bem como para o COE Coronavírus do Ministério da Saúde em até 24 horas.

Caso deseje, ao final da submissão o formulário permite que seja gerado um arquivo eletrônico e pode ser salvo pelo usuário.

Para esclarecer quaisquer dúvidas sobre o COVI-19, utilite o telefone de plantão (**27 99849-1613**). Ele estará disponível 24h por dia, 7 dias da semana. Há também o email:

9.2. Registro

O Brasil possui uma rede de unidades sentinelas para vigilância da influenza, distribuídas em serviços de saúde, em todas as unidades federadas do País, que monitoram a circulação do vírus influenza através de casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado. Os casos que atendem a definição de caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG1) devem ser notificados concomitantemente no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP – Gripe).

10. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

10.1. Medidas de Biossegurança para Profissionais de Saúde

A implementação de medidas de biossegurança devem ser adotadas para garantir a prevenção, minimização ou eliminação de riscos aos quais os trabalhadores estão expostos.

Considerando que não existe vacina para evitar a infecção pelo Coronavírus (COVID-19), a melhor maneira de prevenir a propagação de vírus respiratórios é adotando medidas diárias, como a higienização das mãos, isolamento e outras precauções padrão já descritas anteriormente, sendo estas as principais medidas de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e que devem ser adotadas no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base.

As medidas de biossegurança devem contemplar, além de pacientes e visitantes, todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente, equipe de suporte que entre no quarto ou consultório como profissionais de limpeza e nutrição, profissionais de laboratórios, profissionais de saúde que executam o procedimento de verificação de óbito em casos de síndromes respiratórias, entre outros.

Mapear os locais e atividades com maiores exposições aos riscos e promover a orientação destes profissionais, são as primeiras medidas a serem adotadas.

10.1.1. Utilização de Equipamentos de Proteção Individual – EPI

Em situações em que as medidas coletivas de proteção não forem possíveis de serem adotadas, deve-se utilizar os Equipamentos de Proteção Individual - EPI.

Considera-se EPI todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

a) Recomenda-se o uso dos seguintes EPI:

- **Mascara Cirúrgica**: em exposições de baixo risco;
- **Máscara Respirador**: N 95, ou PFF2, preferencial nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização;
    - São exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: intubação traqueal; aspiração nasofaríngea e nasotraqueal; broncoscopia; autópsia envolvendo tecido pulmonar; coleta de espécime clínico para diagnóstico de doenças respiratórias, dentre outros.
    - A máscara N 95 pode ser utilizada por mais de um dia se acondicionada em local apropriado, limpo e seco. Descartar imediatamente a máscara sempre que apresentar sujidade, perda da integridade ou umidade visível.

- **Protetor Ocular** (óculos de segurança) quando houver risco de exposição do profissional a respingo de sangue, secreções corporais e excreções.

Os óculos devem ser exclusivos de cada profissional responsável pela assistência, devendo após o uso, sofrer processo de limpeza com água e sabão/ detergente e desinfecção. Sugere-se a desinfecção por fricção com álcool 70% após cada uso ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante.

- **Luvas de Procedimento**: devem ser utilizadas, conforme recomendada nas precauções padrão, quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados

- *Capote/Avental Impermeável Descartável*

IMPORTANTE: Em nenhuma hipótese o EPI deve ser compartilhado entre os trabalhadores.

b) Compete aos serviços de saúde em relação ao EPI:

- Fornecer os EPI, gratuitamente, aos trabalhadores de acordo com os riscos a que estão expostos;
- Orientar e treinar os trabalhadores sobre o uso adequado, guarda e conservação;
- Substituir imediatamente, quando danificado ou extraviado;
- Responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica.

c) Compete aos trabalhadores em relação ao EPI:

- Usar, utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina;
- Responsabilizar-se pela guarda e conservação;
- Comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio, como por exemplo o uso de máscaras molhadas ou amassadas.

10.2. Notificação de Acidentes de Trabalho

Considerando que os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como conseqüência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado, o monitoramento dos trabalhadores e as condutas frente aos casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho devem ser intensificadas em situações de emergência.

Tratando-se de riscos em serviços de saúde, o agravo mais frequente é a exposição a agentes biológicos que deve ser notificado em ficha própria no sistema de informação do estado do Espírito Santo (ESUS-VS).

Dessa forma, todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfuro-cortante ou não, deve ser notificado.

10.3.Monitoramento e Atendimento dos Trabalhadores

Os trabalhadores de saúde devem ser monitorados continuamente e, principlamente, em situações de atendimento a emergências para que, caso ocorra o aparecimento tardio de agravos, possa ser feito o nexo causal entre o agravo e a situação geradora.

O monitoramento deve ser feito por profissionais da área de saúde e segurança da empresa nas quais os trabalhadores estão inseridos.

O atendimento deve ser realizado de acordo com fluxo de referência e contra-referência estabelecido pelo município, com o suporte técnico dos Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador (CEREST Regional), sempre que necessário.

11. VIGILÂNCIA LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial considerado padrão ouro para a identificação do novo coronavírus (2019-nCoV), agora denominado SARS-CoV2, continua sendo a RT-PCR em tempo real.

Esse exame é realizado nos Centros Nacionais de Influenza (NIC - sigla em inglês para National Influenza Center), que são referências para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN).

A referência para o Espírito Santo é Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ).

11.1. Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial para o SARS-CoV2 é a pesquisa de Influenza e outros vírus respiratórios. Esses exames compõem a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave e da Síndrome Gripal em unidades sentinelas e, no Espírito Santo, é realizado no Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen-ES) e, de forma complementar, nos NIC.

11.2. Procedimentos para Diagnóstico Laboratorial

Deve ser realizada a coleta de aspirado de nasofaringe (ANF) **ou** swabs combinados (nasal/oral) **ou** ainda amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal **ou** lavado bronca alveolar, **de todos os casos que se enquadrem nos critérios de suspeição clínico e ou epidemiológico.**

A coleta, que independe do início do tratamento, deve ser realizada até o 14º dia do início dos sintomas. É necessário coletar 01 (uma) amostra por paciente. A amostra será encaminhada com urgência para o Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), onde será alicotada. Uma das alícotas será enviada ao Centro Nacional de Influenza (NIC) e outra alícota será enviada para análise de metagenômica. Para confirmar a doença é necessário realizar exames de biologia molecular que detecte o RNA viral. A amostra deve ser mantida refrigerada (4-8ºC) e encaminhada ao LACEN, em até 48 horas.

A amostra deve ser encaminhada ao LACEN, após o cadastramento no Sistema d Gerenciamento do Ambiente Laboratorial (GAL). Utilizar a pesquisa para **Influenza** par realizar cadastramento no GAL. A amostra deve vir acompanhada da **Ficha de notificação para casos suspeitos de Novo Coronavírus (COVID-19)**, **disponível em** http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=53635.

A amostra que chegar sem a respectiva ficha poderá não ser processada.

Para **solicitação dos kits de coleta** de amostras de nasofaringe, contatar o Lacen. Os kits serão disponibilizados em até 24 horas após o recebimento da solicitação.

Para consulta aos **resultados**, a unidade demandante deverá acessar o Sistema GAL com login e senha da própria unidade.

11.3. Orientações para Coleta, Acondicionamento e envio das Amostras para Coronavírus (COVID-19)

O Lacen disponibilizará para a coleta:

- Tubo plástico com tampa de rosca com Meio de Transporte Viral;
- Swab de Rayon (três por tubo).

Este meio (L15) é também utilizado para o Transporte de material para: Influenza, Isolamento de Sarampo, Isolamento de Rubéola e outros vírus respiratórios.

11.3.1. Acondicionamento das amostras

As amostras devem ser mantidas refrigeradas (4-8°C) e devem ser processadas dentro de 24 a 72 horas da coleta. Manter os tubos na posição vertical (em pé) em estantes. O prazo de validade está impresso na etiqueta aderida ao tubo. Na impossibilidade de envio dentro desse

período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C até o envio, assegurando que mantenham a temperatura.

A embalagem para o transporte de amostras de casos suspeitos com infecção por COVID-19 deve seguir os regulamentos de remessa para Substância Biológica UN 3373, Categoria B.

11.3.2. Transporte e envio de amostras para diagnóstico

O Ministério da Saúde - MS disponibiliza o transporte das amostras via Voetur, que em casos de emergência trabalha em esquema de plantão, inclusive nos finais de semana. O LACEN irá realizar a solicitação do transporte, mediante requerimento padrão.

11.3.3. Nível de Biossegurança

É importante lembrar que ***os Coronavírus são agentes infecciosos classificados com nível de biossegurança 2 (NB2) e o seu diagnóstico pode ser feito em um Laboratório NB2***, com aporte de uma cabine de segurança Classe II (que são normalmente usadas em laboratórios NB2) e profissionais de saúde com treinamentos específicos para a realização desses exames. ***Para uma maior segurança do profissional recomenda-se o uso adicional de máscara N95, óculos de proteção e gorro.***

11.3.4. Coleta

A realização de coleta de amostra está indicada sempre que ocorrer a identificação de um caso suspeito de COVID-19. A coleta deverá ser realizada por profissional de saúde devidamente treinado e em uso de EPI apropriados: avental, óculos de proteção touca, luvas e máscara (N95 ou PFF2).

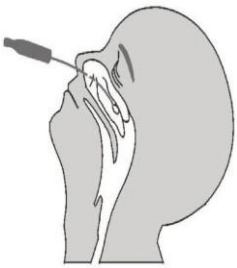
TÉCNICAS DE COLETA DE SWAB COMBINADO

a) Secreção da Nasofaringe

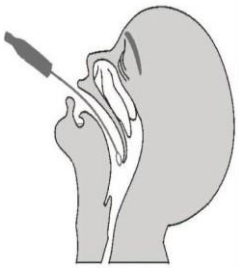
Coletar preferencialmente até o 7º (sétimo) dia após o início dos sintomas. Na técnica de swab combinado de nasofaringe e orofaringe, deve ser utilizado exclusivamente **swab de Rayon (fornecido no kit de coleta).** O uso de swab de algodão interfere nos resultados em virtude das metodologias moleculares utilizadas. Proceder a coleta utilizando **três swabs** que serão inseridos um na **orofaringe** e os dois outros, **um em cada narina**. **Para a coleta de orofaringe, inserir o swab na porção superior da faringe** (após a úvula) e realizar movimentos circulares para obter células da mucosa, evitando tocar em qualquer parte da boca.

Proceder da mesma forma com os outros dois swabs nasais que serão inseridos um em cada narina até encontrar resistência, realizando movimentos rotatórios. Em seguida à coleta, inserir **os três swabs em um mesmo tubo** contendo o meio de transporte específico. Quebrar ou cortar as hastes dos swabs, fechar e identificar com nome completo do paciente de forma legível e com caneta resistente a água. Manter refrigerado a 4°C (não congelar).

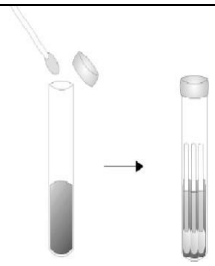
Técnica para a coleta de swab combinado



Swab Nasal (02)



Swab Oral (01)



Swabs (03) em um tubo com meio de transporte

Identificação
NOME DO PACIENTE
DATA DA COLETA
HORA DA COLETA

b) Aspirado de Nasofaringe (Pacientes Entubados)

Utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe quando a unidade de saúde dispuser de **frasco coletor de secreção**, pois a amostra obtida por essa técnica pode concentrar maior número de células.

Fonte: BRASIL,2014.

Ilustração da técnica para a coleta de aspirado nasofaríngeo.

Obs.: frasco coletor de plástico descartável acoplado com sonda nº 6 ½ e com controle de vácuo (tipo bronquinho). A coleta de ANF é um processo indolor podendo apenas provocar lacrimejamento reflexo. Coletores de muco plásticos descartáveis ou equipo de soro acoplado a uma sonda são preferencialmente recomendados para a obtenção do espécime. A sonda preconizada é a uretral nº 6 com apenas um orifício na ponta. O calibre da sonda é variável segundo o fabricante, devendo ser dada preferência à de maior flexibilidade.

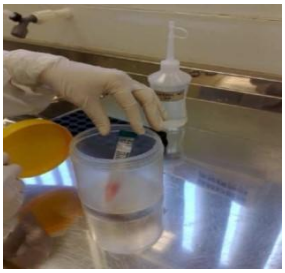
A aspiração pode ser realizada com bomba aspiradora portátil, ou vácuo de parede da unidade; não utilizar uma pressão de vácuo muito forte. Durante a coleta, a sonda é inserida através da narina até atingir a região da nasofaringe quando então o vácuo é aplicado aspirando à secreção para o interior do frasco coletor ou equipo. O vácuo deve ser colocado após a sonda localizar-se na nasofaringe, uma vez que se no momento da introdução da sonda houver o vácuo, poderá ocorrer lesão da mucosa. Este procedimento deve ser realizado em ambas as narinas, mantendo movimentação da sonda para evitar que haja pressão diretamente sobre a mucosa provocando sangramento. Alternar a coleta nas duas fossas nasais até obter um volume suficiente, aproximadamente 1 ml de ANF. A quantidade de secreção a ser colhida dependerá da etiologia da IRA, fase evolutiva do quadro clínico e do grau de hidratação do paciente. Pacientes febris apresentam secreção espessa. Após nebulização com soro fisiológico a secreção é mais fluida e abundante. Consequentemente, mais fácil de ser obtida. Não insistir se a coleta não alcançar o volume desejado (mais ou menos 1 ml), pois poderá ocasionar lesão de mucosa.

Após aspirar a secreção nasofaríngea com o coletor próprio, inserir a sonda de aspiração no frasco contendo 3 ml de meio de transporte viral ou em PBS pH 7,2 e aspirar todo o meio para dentro do frasco coletor. Manter refrigerado a 4°C (não congelar) até o acondicionamento.

11.4. Fluxo de Acondicionamento e Transporte das Amostras

1- Cortar extremidades dos swabs para fechamento do tubo

2- Identificar tubo contendo swabs



3- Acondicionar em pote anti-vazamento

4- Colocar em isopor com gelox para transporte

Identificadas as amostras com o nome do paciente e data da coleta, acondicionar em frasco plástico na posição vertical depois lacrar evitando vazamento. Colocar em caixa (térmica) de paredes rígidas com gelox suficiente para manter a temperatura adequada de refrigeração (4 a 8ºC) até a chegada ao LACEN/ES **no prazo máximo de 24 horas.**

A documentação necessária (ficha de investigação) deverá ser colocada dentro de um envelope e presa **sobre a tampa** da caixa com a identificação do destinatário.
O LACEN receberá as amostras de segunda a sexta de 7:00 às 16:00hs e sábado em regime de plantão de 7:00 às 12:00 h.

11.5. Coleta de Amostras em Situação de Óbito

É recomendado apenas para casos de síndrome respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico prévio, em situações especiais indicadas pela vigilância epidemiológica e em locais onde seja viável a realização das técnicas de coleta de amostras para diagnóstico *pos mortem*.

11.5.1 Pontos anatômicos para coleta de amostras

- Da região central dos brônquios (hilar), dos brônquios direito e esquerdo e da traqueia proximal e distal;
- Do parênquima pulmonar direito e esquerdo;
- Das tonsilas e mucosa nasal;
- De pacientes com suspeita de miocardites, encefalites e rabdomiolise podem ser coletadas fragmentos do miocárdio (ventrículo direito e esquerdo), SNC (córtex cerebral, gânglios basais, ponte, medula e cerebelo) e músculo esquelético, respectivamente;
- Espécimes de qualquer outro órgão, mostrando aparente alteração macroscópica, podem ser encaminhados para investigação da etiologia viral.

11.6. Diagnóstico Viral

As amostras frescas coletadas de diferentes sítios das vias respiratórias ou qualquer outra localização anatômica devem ser acondicionadas individualmente, em **recipientes estéreis e imersas em meio de transporte viral** ou solução salina tamponada (PBS pH 7.2) suplementadas com antibióticos. Imediatamente após a coleta, os espécimes identificados com sua origem tecidual, devem ser congelados e transportados em caixa térmica com gelo seco.

11.7. Diagnóstico Histopatológico

A coleta de amostras para realização do diagnóstico histopatológico deve ser feita observando-se os protocolos em vigência nos serviços locais de patologia.
Acondicionar as amostras em frasco de vidro com boca larga com formalina tamponada a 10% e transportar em caixa de isopor à temperatura ambiente.

11.8. Documentação Necessária

- Ficha de investigação disponível em http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=53635
- Relatório de amostras cadastradas do GAL.

12. REDE ASSISTENCIAL E REGULAÇÃO DO ACESSO

12.1. ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (APS)

12.1.1. Cuidados com o paciente

- Identificar precocemente pacientes suspeitos;

- Pacientes suspeitos deverão utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem, até sua chegada ao local de isolamento, que deverá ocorrer o mais rápido possível;
- Qualquer pessoa que entrar em contato com o caso suspeito deverá utilizar EP (preferencial máscara N95, nas exposições por tempo mais prolongado e nos procedimentos que gerarem aerolização. Eventualmente usarão máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental);
- Realizar higiene das mãos, respeitando os cinco momentos de higienização;
- A provisão de todos os insumos, como sabonete líquido, preparação alcoólica e EPI, devem ser reforçados pela instituição, bem como os higienizantes para ambiente;
- Alguns casos confirmados ou suspeitos para o SARS Cov-2 poderão não necessitar de hospitalização, podendo esses serem acompanhados em domicílio. Porém, é necessário avaliar cada caso, levando-se em consideração se o ambiente residencial está adequado para a internação domiciliar e se o paciente será capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela equipe de saúde;
- A Unidade de Saúde deverá manter atualizado os Programas de Operação Padrão (POPs).

12.1.2 Medidas de Prevenção e Controle

Não existe vacina para SARS CoV-2. A melhor maneira de prevenir a infecção é evitar exposição ao vírus. No momento, não há comprovação que o SARS COV-2 esteja circulando no Brasil. Portanto, não há precauções adicionais recomendadas para o público em geral. No entanto, o MS sempre recomenda ações preventivas diárias, para ajudar a prevenir a propagação de vírus respiratórios, incluindo lavar as mãos frequentemente com água e sabão por pelo menos 20 segundos. Se não houver água e sabão, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool;

- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes e/ou que apresentem sinais e sintomas;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel e jogar no lixo.
- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;
- No caso de apresentar sinais e sintomas procurar a Unidade de Saúde;
- Seguir todas orientações feitas pela equipe de saúde.

- Importante: Recomenda-se que a Unidade de Saúde (US), ao qual o paciente em isolamento domiciliar esteja vinculado seja responsável pelo seu acompanhamento durante os 16 dias. Este acompanhamento implica em:
- Verificar a curva térmica diária;
- Verificar se os sintomas estão regredindo;
- Verificar o aparecimento de sinais de agravamento. Nesse caso, providenciar a remoção do paciente ao hospital de referência e informar a vigilância epidemiológica;
- A US também será responsável pela dispensação diária do Oseltamivir. Se for afastado o diagnóstico de novo coronavirus, a unidade de saúde deverá devolver o restante da droga não utilizada ao hospital de referência ou para a vigilância epidemiológica, conforme o fluxo de distribuição do Oseltamivir.

12.2. Outras Medidas que Evitam a Transmissão de Vírus Respiratórios

12.2.1. Higienização das mãos

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários, de acordo cor fluxo de cuidados assistenciais. A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes.

Cinco momentos

1. Antes de tocar o paciente.
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico:
   - Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.
   - Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro, durante o atendimento do mesmo paciente.
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções:
   - Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas, mucosas, pele não íntegra ou curativo.
   - Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
   - Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.
4. Após tocar o paciente:
   - Antes e depois do contato com o paciente.
   - Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente:
   - Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para saúde) nas proximidades do paciente.
   - Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

O isolamento domiciliar é recomendado UNICAMENTE para casos suspeitos com vínculo e sinais e sintomas compatíveis exclusivamente com SG e que não pertençam a nenhum grupo de risco para complicações e óbito pela doença, bem como se as condições do domicílio forem adequadas.

- Durante o isolamento domiciliar o serviço de saúde deve orientar:
    - Utilizar máscara N95 descartável;
    - Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
    - Evitar tocar olhos, nariz e/ou boca;
    - Lavar as mãos frequentemente com sabão e água, especialmente depois de tossir e espirrar;
    - Permanecer em ambiente isolado;
    - Manter o ambiente isolado;
    - Evitar contato próximo com pessoas de maneira geral.

Importante: recomenda-se que a Unidade de Saúde, a qual o paciente em isolamento domiciliar estiver vinculado, seja responsável pelo controle e monitoramento do paciente e de seus familiares por 15 dias.

- Este acompanhamento implica em:

    - Verificar a curva térmica diária;
    - Verificar se os sinais e sintomas estão regredindo;
    - Verificar a progressão de sinais e sintomas, e possível agravamento, tais como: recrudescimento da febre e/ou surgimento de dispneia. Nesse caso, providenciar a remoção do paciente para o hospital de referência e informar à Vigilância Epidemiológica.

12.3. Assistência Hospitalar

12.3.1. Cuidados com o paciente

- Identificar e isolar precocemente pacientes suspeitos (precaução padrão, por contato e gotículas).
- Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.
- Realizar higiene de mãos, respeitando os 5 momentos de higienização (consultar tópico – Informações detalhadas).

- Imediatamente antes da entrada no quarto, devem ser disponibilizadas condições para a higienização das mãos: dispensador de preparação alcoólica; lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido; suporte para papel toalha abastecido; lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- Limitar a movimentação do paciente para fora da área de isolamento. Se necessário o deslocamento, manter máscara cirúrgica no paciente durante todo o transporte.
- Qualquer pessoa que entrar no quarto de isolamento, ou entrar em contato com o caso suspeito, deve utilizar EPI (preferencial máscara n95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização; eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental).
- Nos casos em que forem necessários acompanhantes, orientar quanto à importância da higienização das mãos.
- A provisão de todos os insumos como sabão líquido, álcool gel, EPI devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente.

12.4. Medidas de Isolamento

- O paciente deve ser mantido em isolamento respiratório para gotículas em quarto privativo.
- O quarto deve ter a entrada sinalizada com um alerta referindo para doença respiratória (gotículas), a fim de limitar a entrada de pacientes, visitantes e profissionais que estejam trabalhando em outros locais do hospital.
- O acesso deve ser restrito aos trabalhadores da saúde envolvidos no atendimento do indivíduo no serviço de saúde.

12.5. Transporte do paciente

12.5.1. Cuidados com o paciente

- Isolar precocemente pacientes suspeitos durante o transporte.
- Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.
- O transporte do paciente dentro do estabelecimento de saúde (realização de exames, por exemplo) deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.
- Qualquer pessoa que entrar em contato com o caso suspeito deve utilizar EPI (preferencial máscara N95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização; eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental).
- Realizar higiene de mãos respeitando os cinco momentos de higienização.
- Orientar possíveis acompanhantes quanto à importância da higienização das mãos.
- A provisão de todos os insumos como sabão líquido, álcool gel, EPI devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente.

12.6. Referências Hospitalares

Hospitais	Regional de referência	Nº de leitos total	Nº de leitos de UTI	Nº de leitos de isolamento	Porta aberta
Hospital Jayme dos Santos Neves	Metropolitana	447	67		Sim
Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	Metropolitana	264	33	29	Sim
Roberto A. Silvares	Norte	192	20	02	Sim
Silvio Avidos	Central	125	16	02	Sim
Santa Casa de Cachoeiro do Itapemirim	Sul	172	27	02	Sim
Hospital Infantil de C. do Itapemirim	Sul	74	27	02	Sim
Total		**1274**	**190**	**08**	**Sim**

Está prevista a expansão de leitos clínicos para isolamento, sendo 20 no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e 20 no Hospital Dr. Dório Silva. Para leitos de UTI, está prevista a expansão de 40 no Hospital Dr. Dório Silva, 10 no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e 10 no Hospital Evangélico de Vila Velha.

12.7. Regulação do acesso

O Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI) recebe a sinalização de casos suspeitos e providencia a vaga hospitalar de acordo com a necessidade do paciente e também providencia remoção.

12.8. Diagnóstico clínico

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. É recomendável que todos os casos de síndrome gripal seja questionado o histórico de viagem para o exterior ou contato próximo com pessoas que tenham viajado para o exterior. Essas informações devem ser registradas no prontuário do paciente para eventual investigação epidemiológica.

12.9. Diagnóstico diferencial

As características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros.

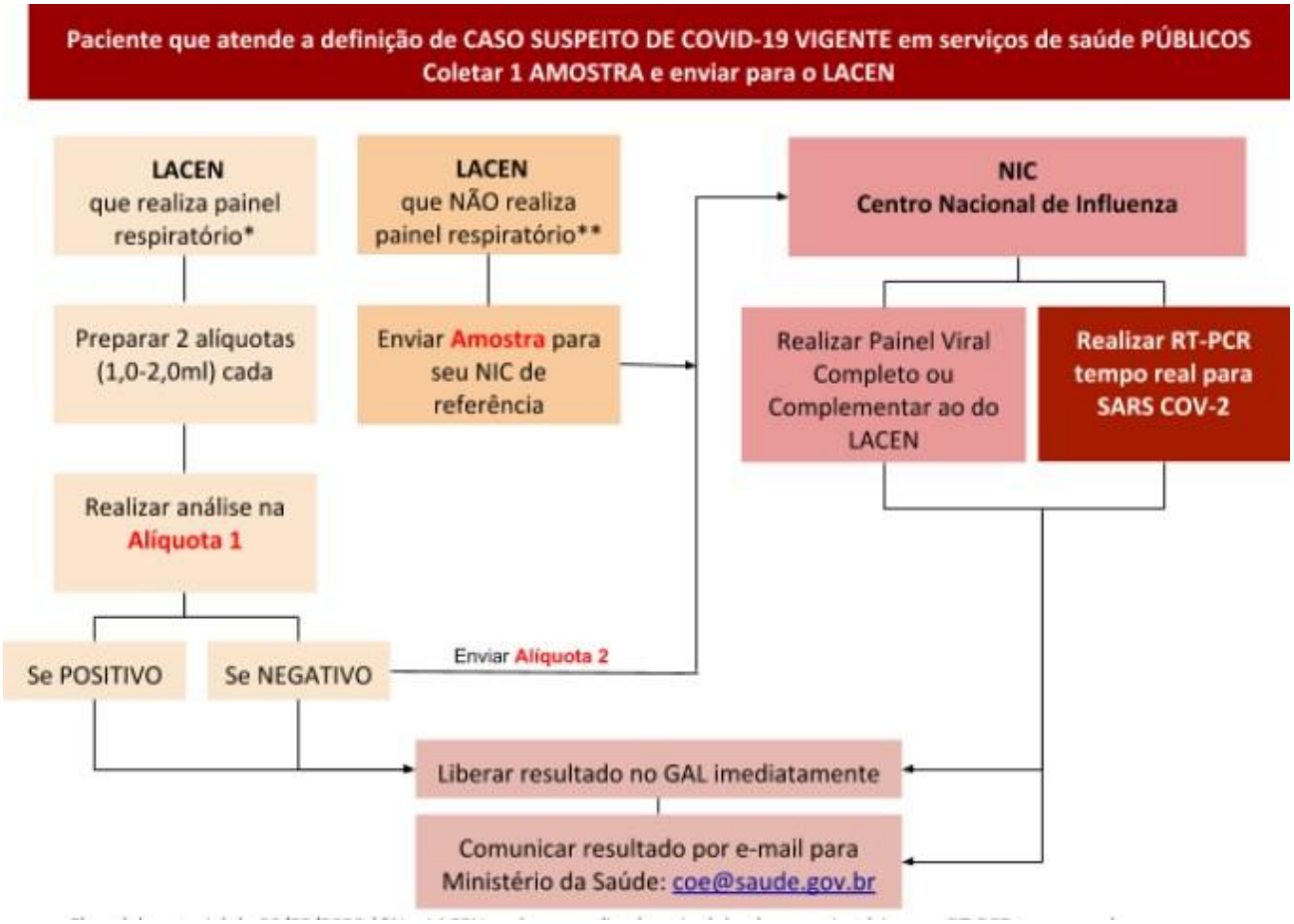
12.10. Tratamento e atendimento

Até o momento não há medicamento específico para o tratamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19). No entanto, medidas de suporte devem ser implementadas.
No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita para Influenza, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir, conforme protocolo de tratamento de Influenza:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf

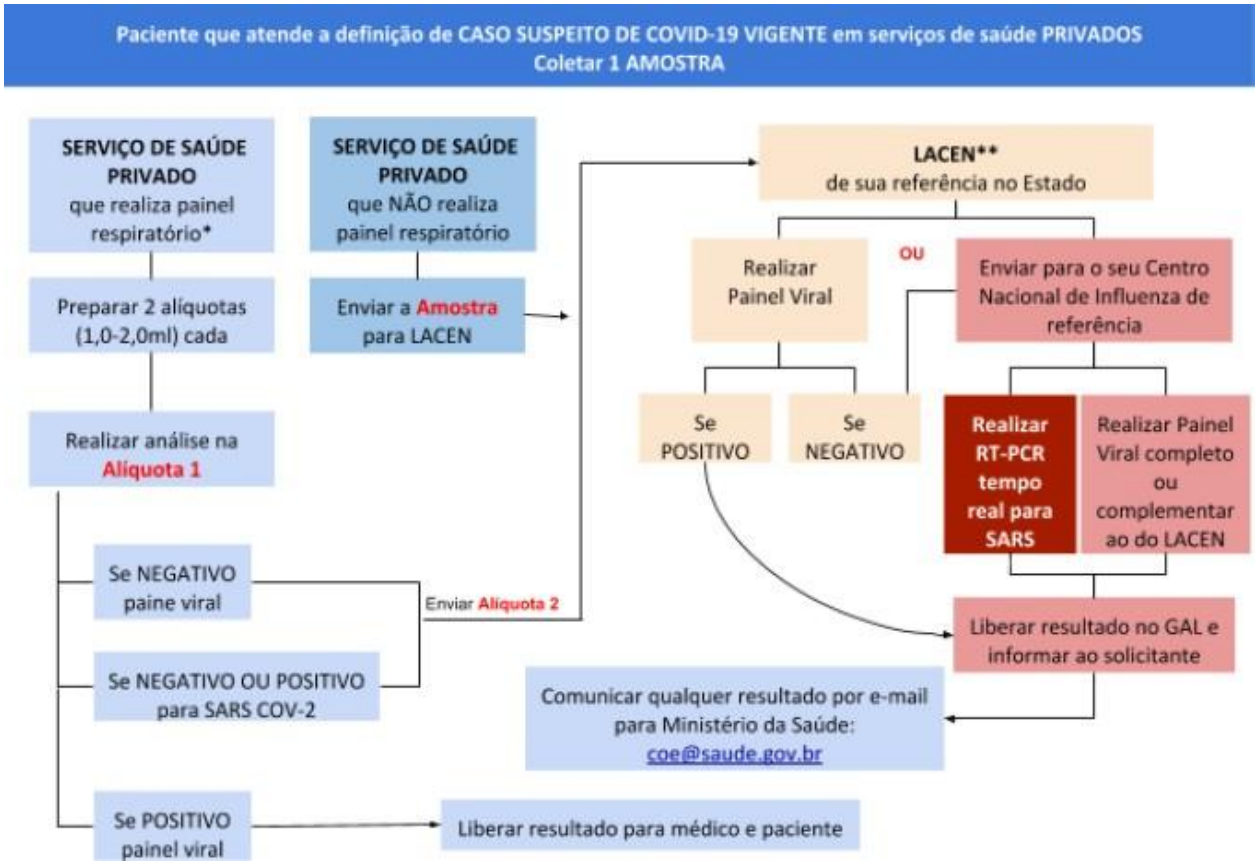
QUADRO 1 Recomendações para pessoas que preencham a definição de caso suspeito

ISOLAMENTO	AVALIAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
1. Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível. 2. Qualquer pessoa que entrar no quarto de isolamento, ou entrar em contato com o caso suspeito, deve utilizar EPI (preferencial máscara n95 nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização; eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental).	1. Realizar coleta de amostras respiratórias 2. Prestar primeiros cuidados de assistência.	1. Os casos graves devem ser encaminhados a um Hospital de Referência para Isolamento e tratamento. 2. Os casos leves devem ser acompanhados pela Atenção Primária em Saúde (APS) e instituídas medidas de precaução domiciliar.

13. Fluxo para coleta e diagnóstico laboratorial de casos suspeitos do novo coronavírus identificados em serviços de saúde públicos



14. Fluxo para coleta e diagnóstico laboratorial de casos suspeitos do novo coronavírus identificados em estabelecimentos de saúde privados.



15. REFERÊNCIAS

1. Boletins 1, 2 e 3 (COE) e 4 (MS)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 740 p, Capitulo 1- Influenza.
3. Corman VM, Landt O, Kaiser M, et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Eurosurveillance 2020; 25. DOI:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045.
4. Cui J, Li F, Shi Z-L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol 2019; 17: 181–92.
5. Deng Y-M, Spirason N, Iannello P, Jelley L, Lau H, Barr IG. A simplified Sanger sequencing method for full genome sequencing of multiple subtypes of human influenza A viruses. J Clin Virol 2015; 68: 43–8.
6. Groupé V. Demonstration of an interference phenomenon associated with infectious bronchitis virus (ibv) of chickens. J Bacteriol 1949; 58: 23–32.
7. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet 2020; S0140673620301835.
8. Neill JD, Bayles DO, Ridpath JF. Simultaneous rapid sequencing of multiple RNA virus genomes. J Virol Methods 2014; 201: 68–72.
9. NR, Norma Regulamentadora. Ministério da Economia. NR-32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. 2020.
10. NR, Norma Regulamentadora. Ministério da Economia. NR-6 - Equipamento de Proteção Individual. 2020.
11. Prefeitura Municipal de São PauloINFLUENZA Práticas de Biossegurança em Serviço de Saúde. Informe Técnico 031/DVE/ 2019

12. Read JM, Bridgen JR, Cummings DA, Ho A, Jewell CP. Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. Infectious Diseases (except HIV/AIDS), 2020 DOI:10.1101/2020.01.23.20018549.

13. Team T 2019-nCoV OJFEI, Li Q. An Outbreak of NCIP (2019-nCoV) Infection in China — Wuhan, Hubei Province, 2019−2020. China CDC Wkly 2020; 2: 79–80.

Fonte: Elaborado por Lidsy Ximenes Fonseca.

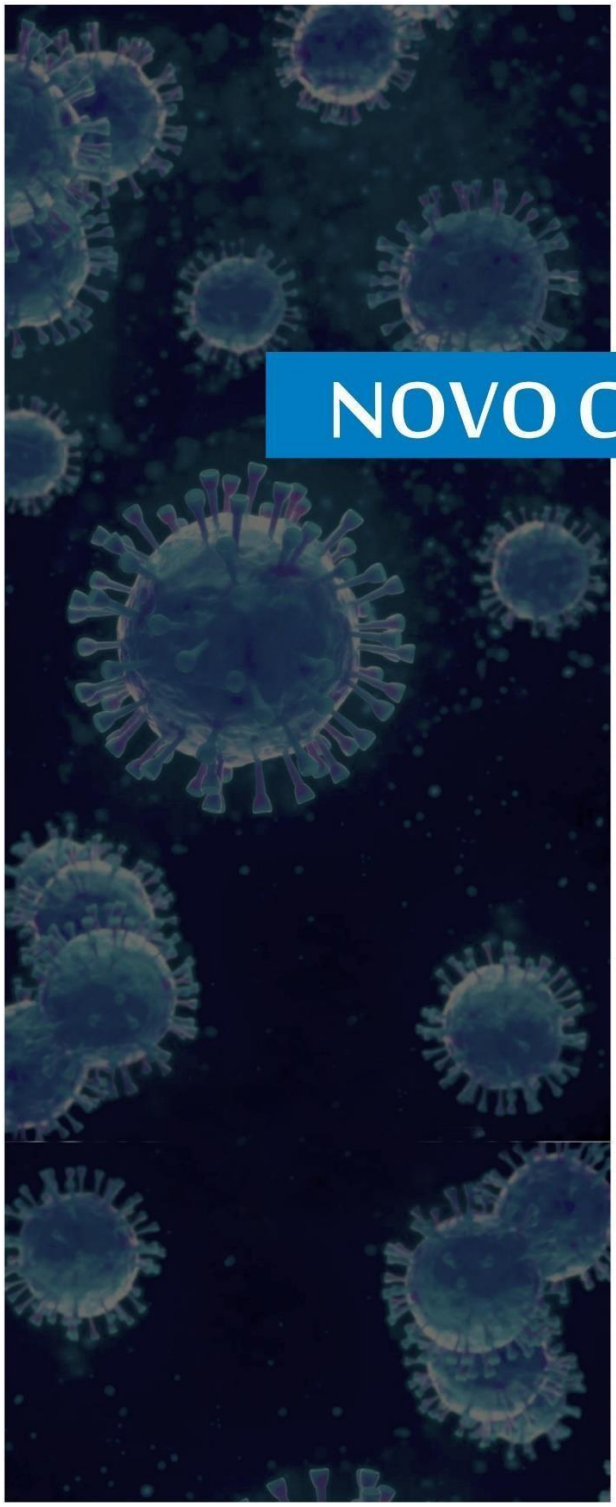
FIGURA 2 Detecção, resposta e precauções frente à suspeita de um caso do novo coronavírus (2019-nCoV)

IV - Informe Epidemiológico nº. 07 - Novo Coronavírus – COVID 19 – (atualizado em 16/06/2020)

CORONAVÍRUS
COVID-19

SUS

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



NOVO CORONAVÍRUS

(COVID-19)

INFORME EPIDEMIOLÓGICO

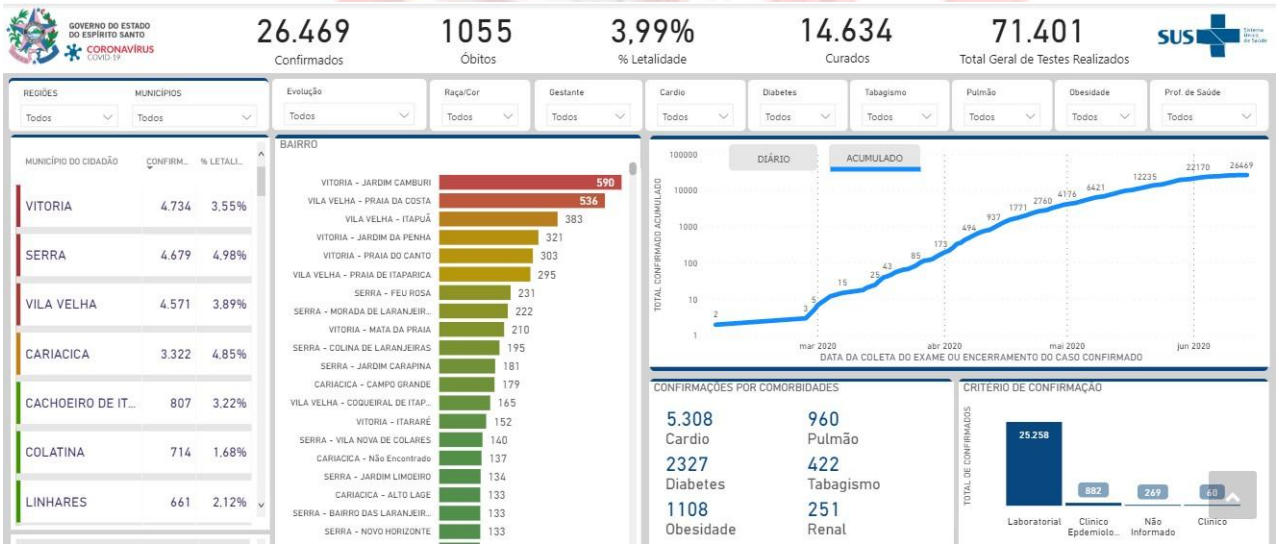
APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde, divulga, semanalmente, um Informe Epidemiológico, visando, não apenas apresentar os números disponíveis sobre a COVID-19, mas também a interpretação da situação epidemiológica e reflexão sobre as evidências e limitações de cada processo, além de apresentar uma análise mais detalhada sobre o perfil da transmissão da COVID-19 no Espirito Santo.

A divulgação dos dados epidemiológicos e da estrutura para enfrentamento da COVID-19 no Espirito Santo ocorre diariamente por meio do site:

CORONAVÍRUS COVID-19

PAINEL COVID-19 - ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
https://coronavirus.es.gov.br/painel-covid-19-es



Secretaria Estadual de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Centro de Operações de Emergências Covid-19

NOVO CORONAVIRUS (COVID-19)

INFORME EPIDEMIOLÓGICO - SEMANA 24

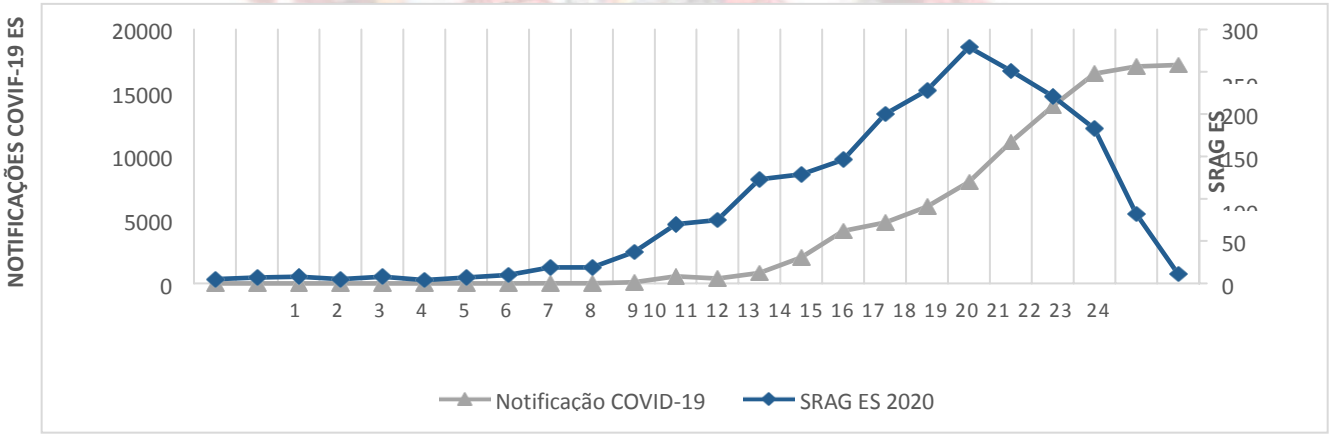
Atualização: 13 de junho de 2020 **Horário:** 17 horas

PANORAMA GERAL

	MUNDO	BRASIL	ESPÍRITO SANTO
CONFIRMADOS	7.690.708	867.882	26.011
RECUPERADOS	-	437.512	14.224
ÓBITOS	427.630	43.389	1028

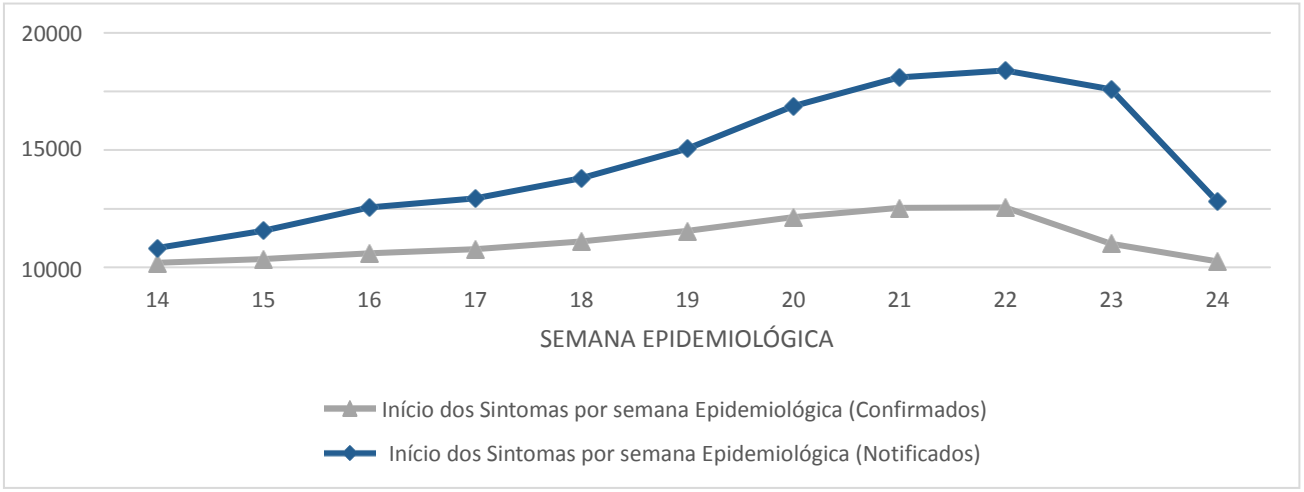
Fonte: Dados globais e nacionais disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

CASOS NOTIFICADOS DE COVID-19 E SINDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) - ES



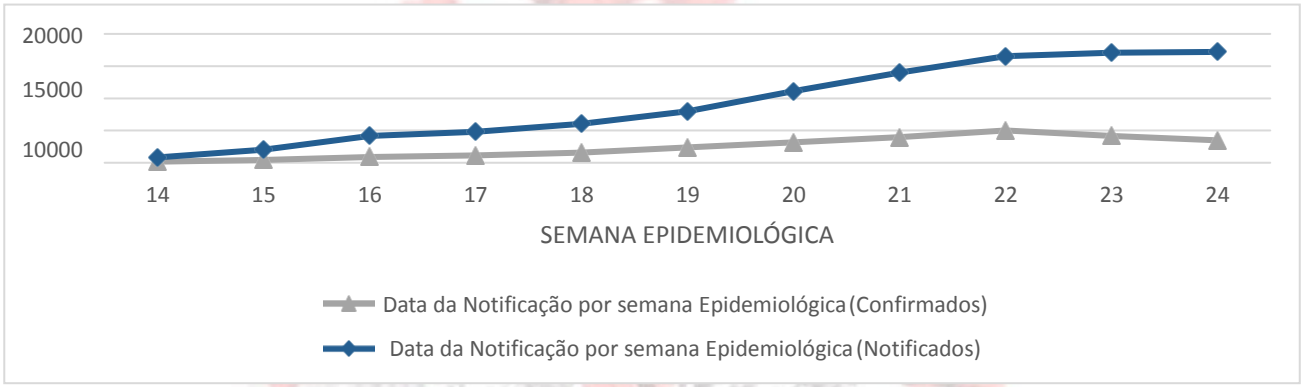
Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADOS POR DATA DO INICIO DE SINTOMAS - ES



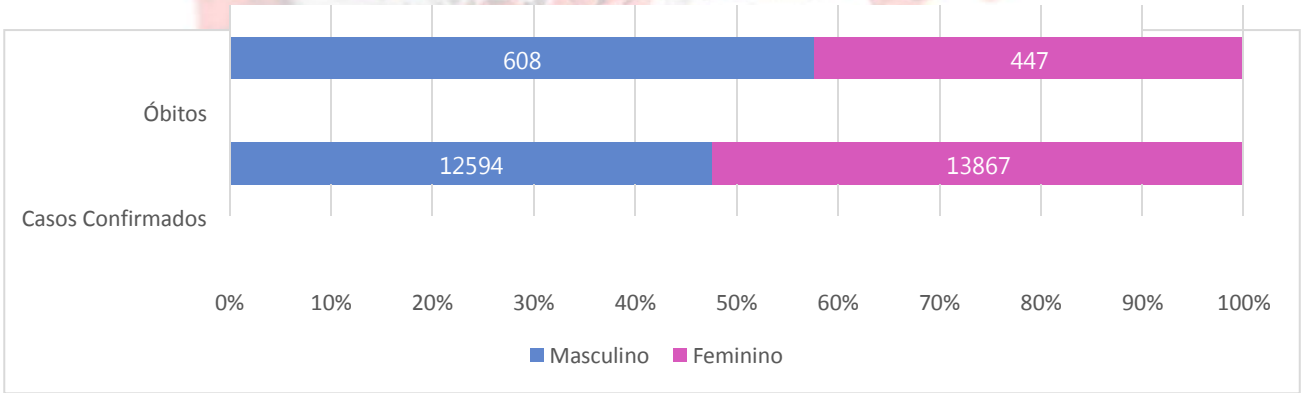
Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA - ES



Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

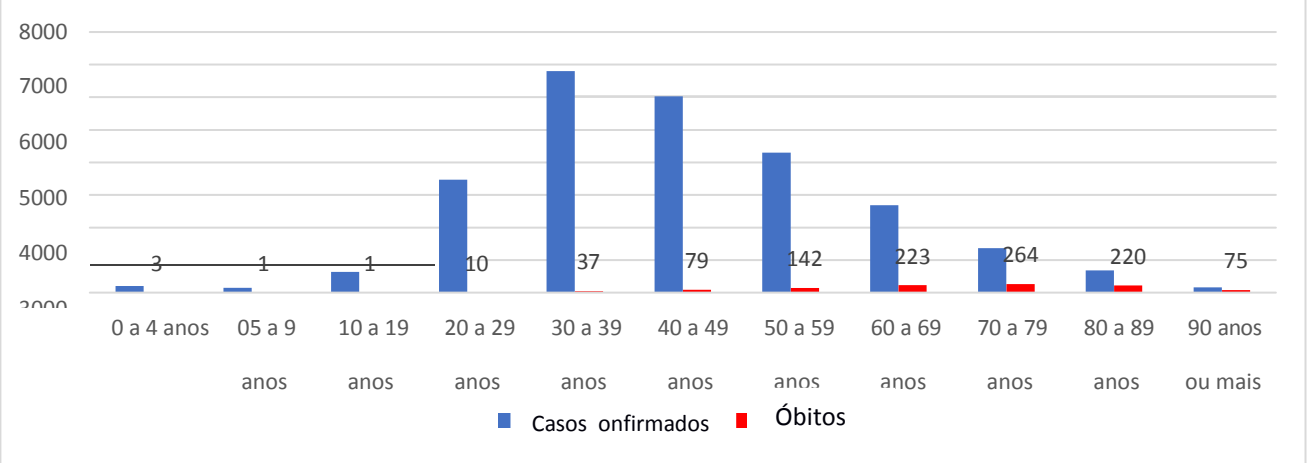
CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS POR SEXO - ES



Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

A partir da divisão por sexo, é possível observar a presença de um maior número de casos confirmados no sexo Feminino (**52%**), porém maior frequência de óbitos no sexo masculino (**58%).**

CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA - ES

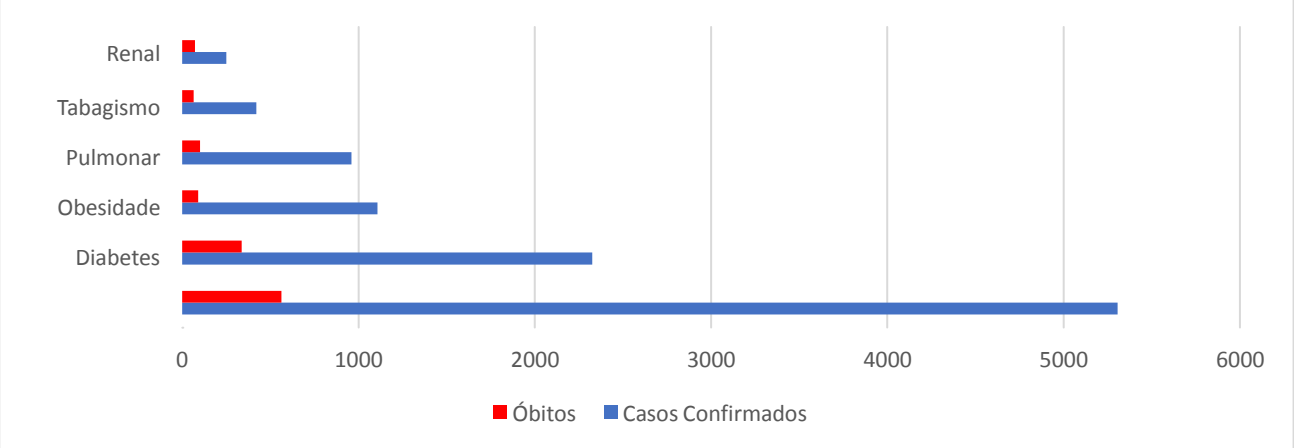


Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

A estratificação por faixa etária apresentada no gráfico acima retrata o predomínio de casos confirmados com a doença do Coronavírus em populações em idade economicamente ativa. Mesmo com a maior frequência em casos com idade entre 20 e 59 anos de idade (**78%**), o número de óbito está presente principalmente na população idosa a partir de 60 anos de idade (**74%**).

Na semana epidemiológica 24 ocorreu o **primeiro** óbito na faixa etária entre **10 a 19 anos** de idade.

COMORBIDADES EM CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS - ES

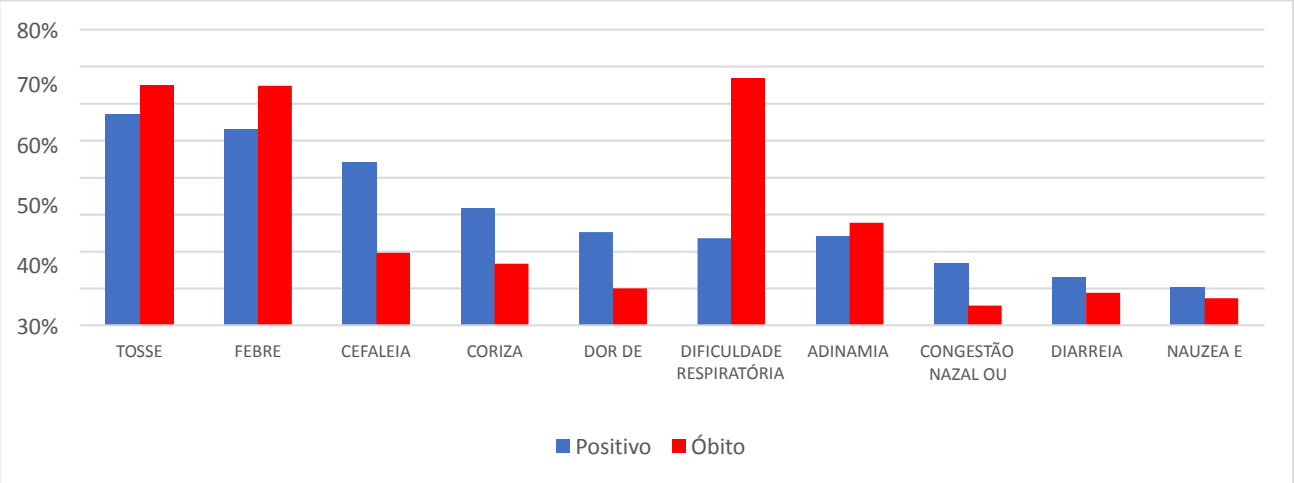


Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

A divisão das principais comorbidades apresentado no gráfico acima demonstra uma maior frequência de casos confirmados com presença de alguma doença cardiovascular, além de indicar

maior mortalidade no mesmo grupo em questão. A presença de comorbidades cardiovasculares representa quase metade dos casos confirmados (**51%**), seguido de diabetes (**22%**) e obesidad (**11%**).

PRINCIPAIS SINTOMAS EM CASOS POSITIVOS E ÓBITOS



Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

TESTES DISPONÍVEIS E REALIZADOS - ES

	RT-PCR	TESTE RÁPIDO
TESTES REALIZADOS	**49.331**	**22.070**
TESTES DISPONÍVEIS	157.820	73.240

Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

De um total de mais de **102 mil notificações**, foram realizados mais de **71 mil testes**, entre RT-PCR e Teste Rápido, dessa forma mais de **69%** dos notificados foram testados para SARS-CoV-2 (COVID-19).

INTERNAÇÕES E LEITOS - ES

LEITOS	UTI	ENFERMARIA	TOTAL
NÚMERO DE LEITOS PARA COVID	643	662	1305
TAXA DE OCUPAÇÃO	**85%**	**68%**	**77%**

Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

	INTERNADOS	ÓBITOS	CURADOS
CASOS	1006	1028	14.224
% ENTRE CASOS CONFIRMADOS	**4%**	**4%**	**54%**

Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020

PROJEÇÃO DE LEITOS DISPONIVEIS PARA COVID-19 POR FASE E TIPO DE LEITO - ES

FASE	TIPO DE LEITO	TOTAL ES	TOTAL ES POR FASE
FASE I ATÉ 31 DE MARÇO	UTI	**63**	**90**
	ISOLAMENTO	**24**	
	ENFERMARIA	**27**	
	ENFERMARIA ISOLAMENTO	**0**	
FASE II ATÉ 30 DE ABRIL	UTI	**304**	**572**
	ISOLAMENTO	**131**	
	ENFERMARIA	**268**	
	ENFERMARIA ISOLAMENTO	**10**	
FASE III ATÉ 31 DE MAIO	UTI	**522**	**1518**
	ISOLAMENTO	**237**	
	ENFERMARIA	**574**	
	ENFERMARIA ISOLAMENTO	**150**	
FASE IV ATÉ 30 DE JUNHO	UTI	**717**	**1518**
	ISOLAMENTO	**264**	
	ENFERMARIA	**801**	
	ENFERMARIA ISOLAMENTO	**342**	
FASE V ATÉ 31 DE JULHO	UTI	**777**	**1609**
	ISOLAMENTO	**271**	
	ENFERMARIA	**832**	
	ENFERMARIA ISOLAMENTO	**318**	

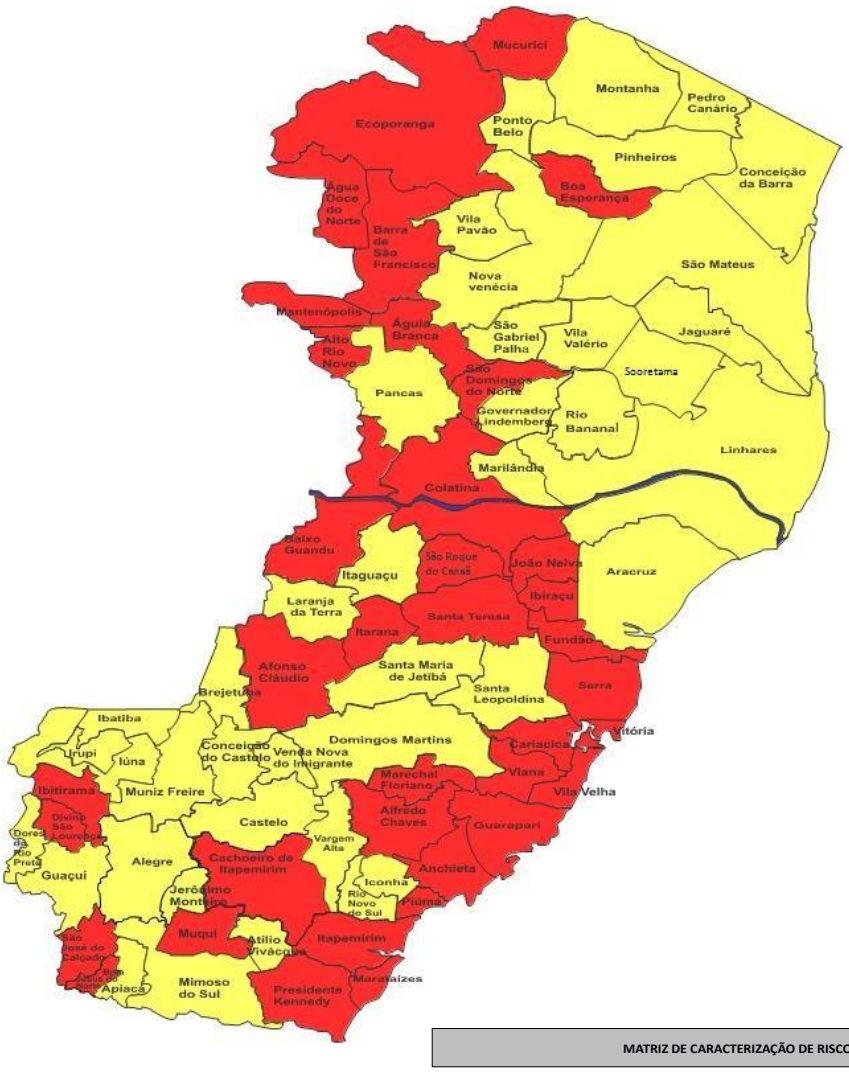
Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

PROJEÇÃO DE LEITOS - DETALHAMENTO DA FASE IV

FASE	TIPO DE LEITO	TOTAL ES	TOTAL ES POR FASE
ATÉ 13 DE JUNHO	UTI	648	1332
	ISOLAMENTO	249	
	ENFERMARIA	684	
	ENFERMARIA ISOLAMENTO	175	
ATÉ 15 DE JUNHO	UTI	659	1343
	ISOLAMENTO	250	
	ENFERMARIA	684	
	ENFERMARIA ISOLAMENTO	175	
ATÉ 20 DE JUNHO	UTI	689	1413
	ISOLAMENTO	260	
	ENFERMARIA	724	
	ENFERMARIA ISOLAMENTO	180	
ATÉ 30 DE JUNHO	UTI	717	1518
	ISOLAMENTO	263	
	ENFERMARIA	801	
	ENFERMARIA ISOLAMENTO	338	

Fonte: Dados locais atualizados no dia 13/06/2020.

MAPA DE GESTÃO DE RISCO POR GEORREFERENCIAMENTO - ES



MATRIZ DE CARACTERIZAÇÃO DE RISCO

AMEAÇA: COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DO MUNICÍPIO (CIM); TAXA DE LETALIDADE (LET); ÍNDICE DE ISOLAMENTO (ISO); % DA POPULAÇÃO ACIMA DE 60 ANOS (P60)	ADEQUADO (0 a 50%)	ALERTA (51 a 80%)	CRÍTICO (81 a 90%)	PLANO DE CRISE (ACIMA DE 91%)
EXTREMO 2,5 ≤ RESULTADO FINAL ≤ 4,0 CIM > 150% CIE LET ≥ 10% ISO < 25% P60 ≥ 25%	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO EXTREMO
SEVERO 2,0 ≤ RESULTADO FINAL < 2,5 100% CIE < CIM ≤ 150% CIE LET ≥ 7% < 10% ISO ≥ 25% < 50% P60 ≥ 21% < 25%	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
MODERADO 1,5 ≤ RESULTADO FINAL < 2,0 50% CIE < CIM ≤ 100% CIE LET ≥ 3% < 7% ISO ≥ 50% < 75% P60 ≥ 16% < 21%	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
LEVE RESULTADO FINAL < 1,5 CIM ≤ 50% CIE LET < 3% ISO ≥ 75% P60 < 16%	RISCO BAIXO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO
	TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS UTI - ESTADO			
	VULNERABILIDADE			

Coeficiente de Incidência = Número de contaminados / 100.000 habitantes.
CIM = Coeficiente de Incidência do Município.
CIE = Coeficiente de Incidência do Estado.
LET = Taxa de Letalidade.
ISO = Índice de Isolamento

Para classificação de risco foram considerados o coeficiente de incidência, taxa de letalidade, índice de isolamento social, percentual de população acima de 60 anos e a taxa de ocupação de leitos. Dos 78 municípios, **37** municípios apresentaram uma classificação de Risco Alto, a saber: **Afonso Cláudio, Água Doce, Águia Branca, Alfredo Chaves, Alto Rio Novo, Anchieta, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Divino de São Lourenço, Ecoporanga, Fundão, Guarapari, Ibiraçu, Ibitirama, Itapemirim, Itarana,João Neiva, Mantenópolis, Marataízes, Marechal Floriano, Mucurici, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Santa Teresa, São Domingos do Norte, São José do Calçado, São Roque do Canaã, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória**, os municípios de Cariacica e Viana, são classificados em conjunto com os municípios de Vitória, Vila Velha e Serra, considerando sempre a maior classificação (PORTARIA Nº106-R, DE 13 DE JUNHO DE 2020).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO MUNICÍPIO DO ES

MUNICÍPIOS	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Afonso Cláudio	RISCO ALTO
Água Doce do Norte	RISCO ALTO
Águia Branca	RISCO ALTO
Alfredo Chaves	RISCO ALTO
Alto Rio Novo	RISCO ALTO
Anchieta	RISCO ALTO
Baixo Guandu	RISCO ALTO
Barra de São Francisco	RISCO ALTO
Boa Esperança	RISCO ALTO
Bom Jesus do Norte	RISCO ALTO
Cachoeiro de Itapemirim	RISCO ALTO
Cariacica	RISCO ALTO
Colatina	RISCO ALTO
Divino de São Lourenço	RISCO ALTO
Ecoporanga	RISCO ALTO
Fundão	RISCO ALTO
Guarapari	RISCO ALTO
Ibiraçu	RISCO ALTO
Ibitirama	RISCO ALTO
Itapemirim	RISCO ALTO
Itarana	RISCO ALTO
João Neiva	RISCO ALTO
Mantenópolis	RISCO ALTO
Marataízes	RISCO ALTO
Marechal Floriano	RISCO ALTO
Mucurici	RISCO ALTO
Muqui	RISCO ALTO
Piúma	RISCO ALTO
Presidente Kennedy	RISCO ALTO
Santa Teresa	RISCO ALTO
São Domingos do Norte	RISCO ALTO
São José do Calçado	RISCO ALTO
São Roque do Canaã	RISCO ALTO
Serra	RISCO ALTO
Viana	RISCO ALTO
Vila Velha	RISCO ALTO
Vitória	RISCO ALTO
Alegre	RISCO MODERADO
Apiacá	RISCO MODERADO
Aracruz	RISCO MODERADO
Atílio Vivacqua	RISCO MODERADO
Brejetuba	RISCO MODERADO
Castelo	RISCO MODERADO

Conceição da Barra	RISCO MODERADO
Conceição do Castelo	RISCO MODERADO
Domingos Martins	RISCO MODERADO
Dores do Rio Preto	RISCO MODERADO
Governador Lindenberg	RISCO MODERADO
Guaçuí	RISCO MODERADO
Ibatiba	RISCO MODERADO
Iconha	RISCO MODERADO
Irupi	RISCO MODERADO
Itaguaçu	RISCO MODERADO
Iúna	RISCO MODERADO
Jaguaré	RISCO MODERADO
Jerônimo Monteiro	RISCO MODERADO
Laranja da Terra	RISCO MODERADO
Linhares	RISCO MODERADO
Marilândia	RISCO MODERADO
Mimoso do Sul	RISCO MODERADO
Montanha	RISCO MODERADO
Muniz Freire	RISCO MODERADO
Nova Venécia	RISCO MODERADO
Pancas	RISCO MODERADO
Pedro Canário	RISCO MODERADO
Pinheiros	RISCO MODERADO
Ponto Belo	RISCO MODERADO
Rio Bananal	RISCO MODERADO
Rio Novo do Sul	RISCO MODERADO
Santa Leopoldina	RISCO MODERADO
Santa Maria De Jetiba	RISCO MODERADO
São Gabriel da Palha	RISCO MODERADO
São Mateus	RISCO MODERADO
Sooretama	RISCO MODERADO
Vargem Alta	RISCO MODERADO
Venda Nova do Imigrante	RISCO MODERADO
Vila Pavão	RISCO MODERADO
Vila Valério	RISCO MODERADO

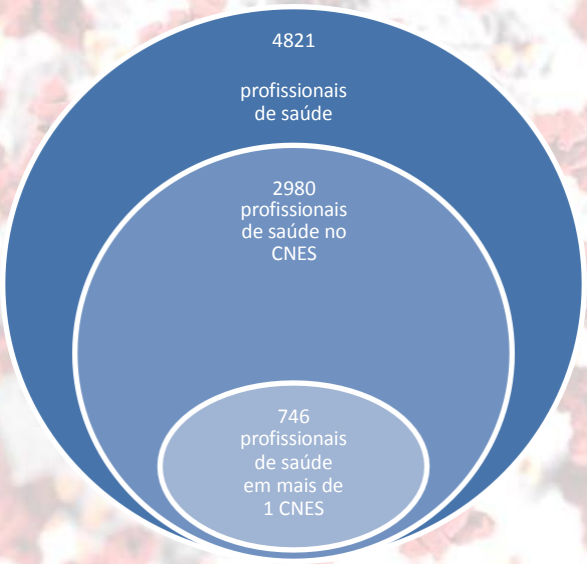
Fonte: Dados atualizados no dia 13/06/2020.

BOLETIM Nº 05
SAÚDE DO TRABALHADOR – COVID-19
15 de junho de 2020

1. DADOS

Até o dia 11 de junho, foram registrados 32.860 casos confirmados de COVID-19 no Espírito Santo, sendo que, destes 4.821 foram identificados como profissionais da saúde, ou seja 20,21% das pessoas diagnosticadas. Deste total, 3.336 já foram considerados curados e 10 profissionais do estado evoluíram para óbito. Ainda do total de profissionais de saúde, 2980 (61,8%) possuem cadastro CNES, permitindo a identificação do seu local de trabalho. Vale ressaltar que 746 (15,5%) deles apresentam vínculo com mais de um estabelecimento de saúde, o que pode contribuir ainda mais com a transmissão do vírus nessas categorias profissionais (Figura 1). Para os outros 1841 (38,8%) que não possuem registro no CNES, é possível identificar a ocupação, mas não o local de atuação do profissional.

Figura 1 – Número de Profissionais de Saúde Infectados e cadastro CNES

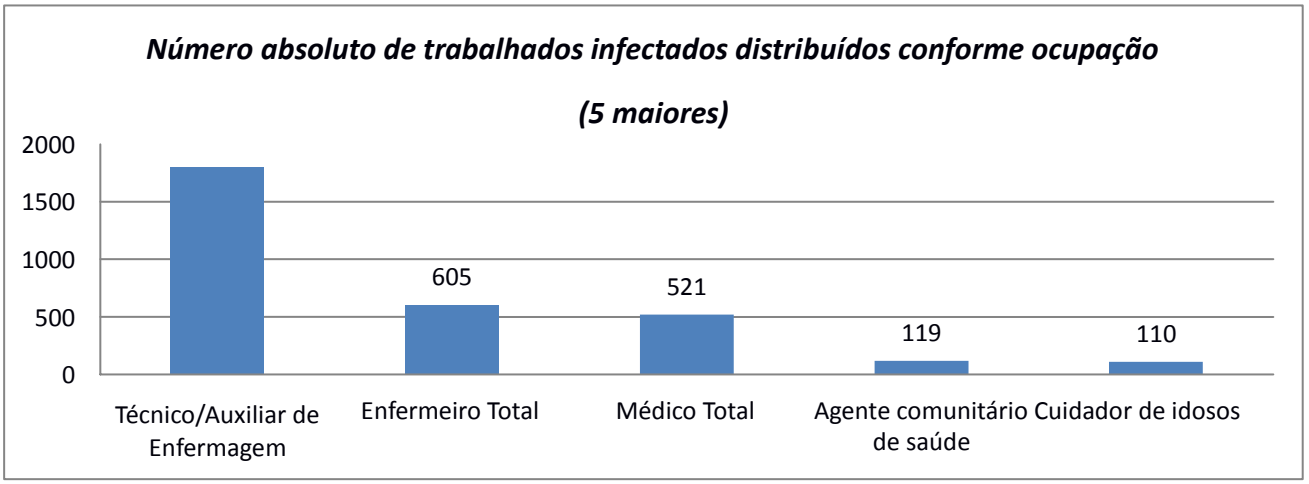


Fonte: ESUS-VS/SESA; CNES (Dados extraídos em 11 de Junho de 2020).

É possível identificar que 75,3% da população infectada é composta por mulheres. A realidade encontrada reflete a realidade nacional. De acordo com dados do COFEN (2015), as equipes de enfermagem, que são mais numerosas nos serviços de saúde, são compostas por quase 85% de mulheres. Nas últimas cinco semanas esse dado permanece praticamente estável, o que reforça que as mulheres compõem a maior parte da categoria profissionais de saúde.

Em relação às ocupações, o Gráfico 1 a seguir apresenta as cinco categorias profissionais com o maior número de infectados no estado. A equipe de enfermagem, composta por enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem representa a maioria dos trabalhadores da saúde acometidos pelo coronavírus (50,0%).

Gráfico 1 – Número absoluto de trabalhados infectados distribuídos conforme ocupação (5 maiores)



Fonte: ESUS-VS/SESA (Dados extraídos em 11 de Junho de 2020).

Embora sejam profissionais com maior contato com pacientes, os profissionais de enfermagem são também a categoria mais numerosa dentro dos serviços de saúde. Conforme é possível observar na Tabela 1, a categoria "Enfermeiro" apresenta maior taxa de infecção em relação às demais.

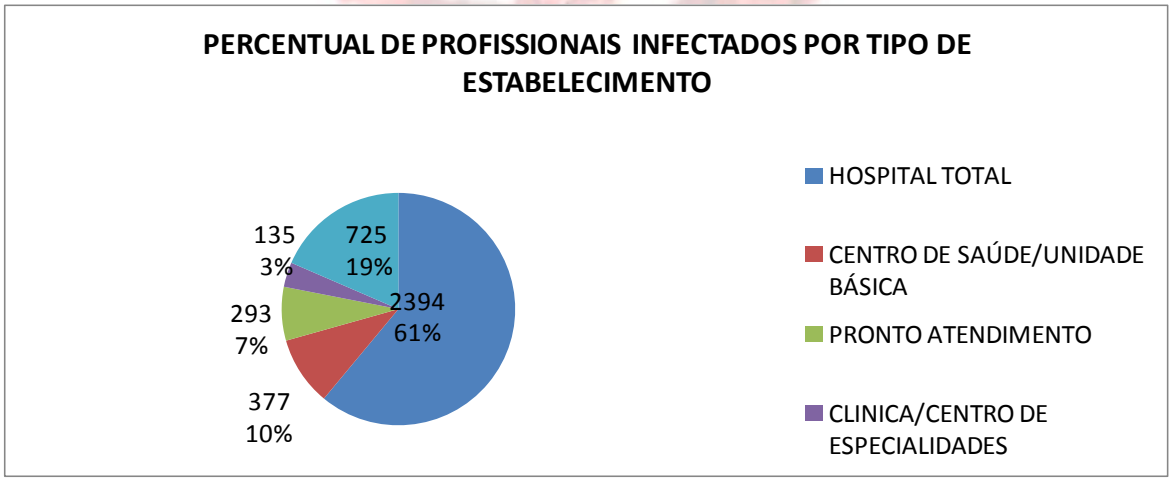
Tabela 1 – Percentual de trabalhadores infectados conforme categoria

Categorias com maior nº de profissionais infectados	Nº absoluto de profissionais registrados no ES	Nº de profissionais infectados no ES	Proporção de profissionais infectados
Técnico/Auxiliar de enfermagem	33539	1804	**3,57%**
Enfermeiro	9319	605	**4,13%**
Médico	11382	521	**3,15%**
Agente de saúde	4216	119	**1,66%**
Cuidador de idosos	-	110	**-**

Fonte: COREN (2020); CRM (2020); CREFITO (2020); ESUS-VS/SESA; APS/SESA; CNES (Dados extraídos em 11 de Junho de 2020).

O Gráfico 2 mostra os tipos de estabelecimentos de saúde com maior número de funcionários infectados por COVID-19. É importante salientar que esse levantamento foi feito a partir dos dados disponíveis no CNES, que informa o total de profissionais cadastrados em cada estabelecimento. Os hospitais (gerais e especializados) concentram 61% do total de profissionais de saúde infectados

Gráfico 2 – Número e percentual de profissionais infectados por tipo de estabelecimento de saúde



Fonte:ESUSVS; CNES (Dados extraídos em 11 de Junho de 2020).

Em relação à gravidade da doença nos profissionais, foi possível identificar que, dentre os profissionais infectados, 106 necessitaram de internação hospitalar (2,2%) e desses, 40 estiveram internados em Unidades de Terapia Intensiva (0,83%). 1016 (21,7%) profissionais de saúde apresentaram pelo menos uma comorbidade. Vale ressaltar que do total de internados, 48,1% apresentaram comorbidades cardíacas, pulmonares, diabéticas e/ou obesidade.

Quadro 2 – Comorbidades em Profissionais de Saúde com COVID-19

Comorbidades em Profissionais de Saúde com COVID-19		
COMORBIDADE	**Nº ABSOLUTO**	**%**
Doença Cardiovascular Crônica	582	13,21
Diabetes Mellitus	176	3,99
Obesidade	216	4,90
Doença Pulmonar Crônica	165	3,74
Cirurgia Bariátrica	57	1,29
Tabagismo	53	1,20
Imunodeficiência	21	0,48
Infecção por HIV	10	0,23
Neoplasias	10	0,23
Doença Renal Crônica	12	0,27
Doença Hepática Crônica	7	0,16
Tuberculose	2	0,05
Doença Neurológica Crônica ou Neuromuscular	12	0,27

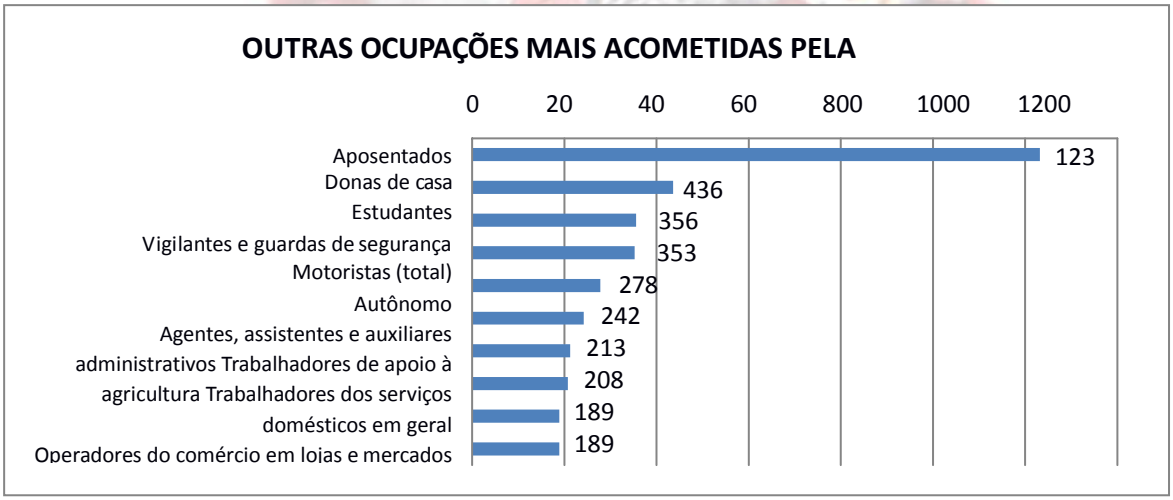
Fonte: ESUS-VS/SESA (Dados extraídos em 11 de Junho de 2020).

OUTRAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Dentre os 23.860 casos confirmados, 45,1% possuem o campo ocupação preenchido.

O preenchimento do campo ocupação para os trabalhadores que não se incluem na categoria profissionais de saúde não é obrigatório. Excluindo do cálculo os profissionais de saúde, o percentual de preenchimento cai para 27,1%.

Das 6418 notificações que possuem CBO preenchido e não são da saúde, a distribuição se dá da seguinte forma:



Fonte: ESUS-VS/SESA (Dados extraídos em 11 de Junho de 2020).

REFERÊNCIASConselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em 06 de maio de 2020.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Compreendendo o panorama da pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), a Vigilância Sanitária (VISA) possui extrema importância nesta abrangência, já que possui ações capazes de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde (art. 6º, §1º, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Orientação e monitoramento do setor regulado

Durante a pandemia pelo novo coronavírus, a atuação da VISA frente o setor regulado está fortemente voltada ao caráter orientativo e educativo. O Quadro 1, a seguir, apresenta os materiais técnicos elaborados e outras estratégias utilizadas pela VISA para orientação e monitoramento desses estabelecimentos. Com relação aos serviços de saúde, além de inspeções sanitárias e avaliação remota dos procedimentos já adotados, a equipe desenvolveu questionários de autoavaliação como estratégia para identificar pontos de melhoria no método adotado por esses serviços para o gerenciamento do risco de disseminação do SARS-CoV-2.

Quadro 1: Materiais técnicos elaborados e outras estratégias adotadas pela VISA para orientação e monitoramento dos estabelecimentos regulados durante a pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Área do material técnico	Público alvo do material técnico	Data do material técnico	Nome do material técnico
Controle de infecção em serviços de saúde	Estabelecimentos de saúde	03/2020	Questionário de autoavaliação para atendimento dos casos suspeitos e confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 (Serviços de Saúde Hospitalares)
Controle de infecção em serviços de saúde	Estabelecimentos de saúde	04/2020	Roteiro de inspeção de estabelecimentos de saúde com foco nos processos de prevenção da transmissão do SARS-CoV-2 (parceria com vigilância da saúde do trabalhador)
Serviços de interesse à saúde	Estabelecimentos de interesse à saúde	04/2020	Identificação das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI's)
Controle de infecção em serviços de saúde	Estabelecimentos de saúde	05/2020	Manual da Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS-ES)
Controle de infecção em serviços de saúde	Estabelecimentos de saúde	05/2020	Questionário de autoavaliação para atendimento dos casos suspeitos e confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 (serviços de diálise)
Sangue, tecidos e órgãos	Estabelecimentos de saúde	05/2020	Questionário de autoavaliação para serviços de hemoterapia com objetivo de verificar as ações desenvolvidas frente à pandemia de COVID-19.
Controle de infecção em serviços de saúde	Estabelecimentos de saúde	05/2020	Ofício Circular de alerta para prevenção de transmissão intra-hospitalar e surtos de COVID- 19 nos serviços de saúde e clínicas de diálise.
Controle de infecção em serviços de saúde	Estabelecimentos de saúde, Profissionais da saúde	06/2020	Medidas de prevenção e controle de infecção a serem adotadas na assistência à saúde (hospitalar) frente à pandemia de COVID-19.

Fonte: Dados locais atualizados no dia 15/06/2020.

Atividades regulatórias

A fim de priorizar as ações de vigilância sanitária que estão relacionadas ao enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus e ainda assim, manter os direitos de ampla defesa e o contraditório do setor regulado, a VISA promoveu a publicação da Portaria SESA Nº 064-R, de 09 de abril de 2020, suspendendo o curso dos prazos para os estabelecimentos apresentarem documentos comprobatórios à VISA Estadual.

Na área de produtos para a saúde, foi publicada a Portaria SESA nº 096-R, de 25 de maio de 2020 (DIO-ES de 26/05/2020), que autoriza, em caráter temporário e excepcional, a realização de "testes rápidos" (ensaios imunocromatográficos) para pesquisa de anticorpos ou antígeno do novo coronavírus (COVID-19), sem fins de diagnóstico confirmatório, em farmácias.

Ampliação da oferta de leitos para COVID-19

Com relação à ampliação da oferta de leitos para COVID-19, a VISA tem apoiado a Gerência de Engenharia e Arquitetura (GEAT) da SESA na avaliação e aprovação de projetos arquitetônicos de ampliação e reforma de hospitais públicos da rede estadual e também realizado inspeções sanitárias nestes locais para avaliação da estrutura física disponível.

Apuração de denúncias

De forma geral, as denúncias recebidas pela vigilância sanitária como consequência da COVID-19 são referentes à fabricação irregular de produtos de interesse à saúde (exemplo: saneantes de uso domiciliar) e ao não cumprimento, pelos serviços de saúde e de interesse à saúde, das recomendações, notas técnicas e regulamentações elaboradas pelos órgãos competentes para conter o avanço da doença (ex: indisponibilidade de EPIs aos profissionais de saúde).

A Tabela 1 apresenta a quantidade de denúncias referentes aos produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária como consequência da COVID-19 desde o início da pandemia.

Tabela 1: Número absoluto de denúncias referentes a produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária como consequência da COVID-19.

Origem da Denúncia	Quantidade de Denúncias Recebidas
Ouvidoria	29
Ministério Público	27
Outros	11
Total	67

Fonte: Dados locais atualizados no dia 15/06/2020.

O processo de apuração de denúncias de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária tem envolvido a inspeção sanitária no local denunciado, a solicitação de esclarecimentos pelo denunciado ou o encaminhamento da denúncia ao órgão competente pela fiscalização (exemplo: para a vigilância sanitária municipal).

A exemplo da fabricação irregular de álcool, após a publicação da Resolução RDC ANVISA nº 350 de 19 de março de 2020 em virtude da emergência de Saúde Pública relacionada à COVID-19 (que define os procedimentos temporários e extraordinários para a fabricação de preparações antissépticas sem prévia

autorização da Anvisa), foram realizadas apurações de denúncias em 10 (dez) empresas de cosméticos e saneantes de responsabilidade do Estado e encaminhadas 08 (oito) denúncias de responsabilidade de municípios da Grande Vitória.

Como decorrência da apuração de denúncias, até o momento foram publicadas três portarias relacionadas à produtos irregulares comercializados no estado do Espírito Santo, conforme observado no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3: Portarias relacionadas à produtos irregulares comercializados no estado do Espírito Santo

Conteúdo	Caput	Documento na Íntegra
Portaria Nº 087-R, de 20 de maio de 2020	Determina a suspensão da distribuição, divulgação, comercialização e uso, em todo Estado do Espírito Santo, de ÁLCOOL ETÍLICO HIDRATADO 70º INPM.	DIO-ES: seção Poder Executivo, ed. 25.239, p. 7, 21 maio 2020.
Portaria Nº 088-R, de 20 de maio de 2020	Determina a suspensão da distribuição, divulgação, comercialização e uso, em todo Estado do Espírito Santo, de CLORO.	DIO-ES: seção Poder Executivo, ed. 25.239, p. 7, 21 maio 2020.
Portaria Nº 089-R, de 20 de maio de 2020	Determina a suspensão da distribuição, divulgação, comercialização e uso, em todo Estado do Espírito Santo, de SABONETE LÍQUIDO ANTISSÉPTICO HORTELÃ E MENTA e SABONETE LÍQUIDO ANTISSÉPTICO ÓLEO DE CAMOMILA.	DIO-ES: seção Poder Executivo, ed. 25.239, p. 7, 21 maio 2020.

Fonte: Dados locais atualizados no dia 15/06/2020.

Outras formas de atuação

Referente ao enfrentamento da COVID-19, a VISA tem atuado fortemente no objetivo de orientar e divulgar todas a informações pertinentes a sua área de atuação para a população, setor regulado, trabalhadores da saúde e demais entes do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, o que inclui legislação, notas técnicas, web palestras, web reuniões, guias e manuais.

Ademais, a equipe tem participado ativamente de reuniões, congressos, palestras e debates por videoconferências com outras entidades envolvidas, a fim de adquirir conhecimentos e esclarecer dúvidas sobre os diversos temas que envolvam a vigilância sanitária no contexto da COVID-19 (Quadro 3).

Quadro 3: Participação das equipes da VISA em reuniões, congressos, palestras e debates durante o período da pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Área do evento	Entidade Organizadora	Data do Evento	Nome do Evento	Assunto Geral
Controle de infecção em serviços de saúde	Secretaria de Estado da Saúde	01/2020	Primeira reunião do comitê de especialistas do Estado com o Secretário de Saúde	Apoio técnico frente a situação atual
Controle de infecção em serviços de saúde	ANVISA	01/2020	Reunião com ANVISA-ES (portos e aeroportos) e CIEVS	Alinhar fluxos de comunicação

Engenharia	Secretaria de Estado da Saúde	03/2020	Reunião na SESA com Arquiteta da GEAT (Gerência de Eng. e Arquitetura) sobre os leitos do HGL (Hospital Geral de Linhares) para pacientes do COVID 19 e leitos no Hosp. Dório Silva na Serra	Aprovação de 10 leitos de isolamento de coorte no HGL e no Hosp.Dório Silva 40 leitos de UTI (mais 04 leitos de isolamento) e 13 leitos de Enfermaria.
Engenharia	Secretaria de Estado da Saúde	03/2020	Reunião com a GEAT (Gerência de Engenharia e Arquitetura)	Discussão e alinhamento sobre leitos de enfermaria/isolamento de coorte para pacientes com o COVID 19, nos hospitais Sílvio Avidos (Colatina - Região Central) e Roberto Silvares (Região Norte).
Engenharia	Secretaria de Estado da Saúde	03/2020	Reunião para definição dos leitos do HMSA (Hospital e Maternidade Silvio Avidos - Colatina) e do HRAS (Hosp. Roberto Arnizaut Silvares - São Mateus).	Aprovação de projeto de arquitetura de 8 leitos de isolamento de coorte no HRAS e 18 leitos no HMSA, sendo 2 isolamentos e 16 isolamentos de coorte.
Outro	Secretaria de Estado da Saúde	05/2020	Treinamento do Programa do Inquérito Sorológico - COVID 19 do Estado do Espiríto Santo	Capacitação das equipes municipais para o trabalho em campo da pesquisa do Inquérito Sorológico.
Alimentos	COICTA	05/2020	I COICTA - Congresso online Internacional de Ciência e Tecnologia de Alimentos	Segurança alimentar: estratégias em período de pandemia
Produtos para a Saúde	ANVISA	05/2020	Reunião com a Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) da ANVISA	Esclarecer sobre a RDC nº 377/2020, que autoriza, em caráter temporário e excepcional, a utilização de "testes rápidos" (ensaios imunocromatográficos) para a COVID-19 em farmácias e sobre as Notas Técnicas 96/2020 e 97/2020, as quais trazem instruções complementares sobre esta autorização
Sangue, tecidos e órgãos	ANVISA	05/2020	Webinar para esclarecer dúvidas sobre a Nota Técnica 23/2020	Diretrizes para realização de procedimentos de reprodução humana assistida, no contexto do enfrentamento da COVID-19

Controle de infecção em serviços de saúde	Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde - CECISS/ES.	05/2020	Webconferência de parametrização de ações relacionadas ao enfrentamento da pandemia com as Comissões Regionais de Controle de Infecção em Serviços de Saúde .	Parametrização de ações relacionadas ao enfrentamento da pandemia com as Comissões Regionais de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e orientações para as próximas ações a serem realizadas
Serviços de saúde	Secretaria de Estado da Saúde	05/2020	Reunião para discussão do trabalho da equipe de saúde municipal no enfrentamento à COVID-19.	Reunião para discussão da RAS (Rede de Atenção à Saúde-APS, urgência, atenção hospitalar) no SUS para o enfrentamento ao COVID-19, disponibilidade de EPI's, capacitação dos profissionais de saúde, a importância da aplicação das Notas Técnicas no trabalho
				referentes ao COVID 19, descentralização do E-SUS VS, importância das notificações, critérios de coleta do Swab e teste rápido, afastamentos laborais.
Serviços de saúde	ANVISA	01/06/2020	Ações de alinhamento com as coordenações de vigilâncias sanitárias estaduais, para discussões periódicas sobre estratégias para o enfrentamento da pandemia pelo Covid-19 no nosso contexto de trabalho	Discussões periódicas sobre estratégias para o enfrentamento da pandemia pelo Covid-19 no nosso contexto de trabalho
Controle de infecção em serviços de saúde	Proqualis - Portal de Saúde baseado em evidências	06/2020	Webinário: Prevenção da Transmissão Intra-hospitalar da Covid-19	Medidas de prevenção e controle de infecção para evitar a transmissão Intra-hospitalar da Covid-19

Serviços de saúde	Secretaria de Estado da Saúde	08/06/2020	Webconferência sobre Afastamento Laboral em função da Covid-19 entre Regional e município de Mimoso do Sul	Foi solicitada pelo município de Mimoso do Sul webconferência para abordar as questões do afastamento laboral em tempos Covid-19, esclarecendo Notas Técnicas da SESA/ES relacionadas a: Definições de Afastamento Laboral (nº:03), Testes Laboratoriais (nº:06) e Definições de Casos e Critérios de Coleta (nº:29).
Serviços de saúde	Secretaria de Estado da Saúde	09/06/2020	Reunião de Matriciamento Regional das Ações de enfrentamento à Covid-19 em Vargem Alta, Rio Novo do Sul e Iconha	Realizada reunião para discussão sobre as ações implementadas no âmbito municipal no enfrentamento à pandemia Covid-19. Ações em toda Rede de Atenção à Saúde, incluindo APS, UBS, ESF, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar. Também verificadas ações de Vigilância em Saúde, especialmente ações sanitárias e de epidemiologia, como as notificações no ESUS-VS.

Fonte: Dados locais atualizados no dia 15/05/2020

Em se tratando do plano estratégico da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) para enfrentamento da COVID-19, por meio da Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CECISS-ES), a VISA integra o Centro de Operações de Emergências (COE) e possui interface com a Sala de Situação da COVID-19 na Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SSVS).

INQUÉRITO SOROLÓGICO

Considerando a situação de pandemia pela COVID-19 declarada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde e o reconhecimento no estado do ES de transmissão comunitária do coronavírus a partir de 30 de março deste ano;

Considerando a necessidade de obtenção de dados epidemiológicos confiáveis para conhecimento desta pandemia e projeções para preparação e adequação do sistema de saúde para uma resposta adequada ao enfrentamento da pandemia;

Considerando que a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo designou para este fim, por meio da portaria 158-S de 12 de maio de 2020, o Grupo Técnico de Assessoramento ao Centro de Operações de Emergências ao Coronavírus; e

Finalmente, considerando a importância e urgência de se comunicar os achados deste estudo sorológico;

Este grupo através desta NT deixa público os dados obtidos até a terceira etapa do inquérito sorológico, objetivando subsidiar a tomada de decisão pelos órgãos responsáveis.

1. Descrição do método do inquérito:

O inquérito sorológico da COVID-19 no ES é um estudo com coletas seriadas de sorologia e entrevistas estruturadas, em uma população que foi selecionada aleatoriamente nos 9 municípios mais populosos do estado. Estas coletas acontecem a cada 15 dias em uma amostra de 5500 a 6000 pessoas. Tem como objetivo identificar a proporção de pessoas acometidas pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), identificado através da sorologia positiva para o vírus, e como está o crescimento desta taxa, comparando-se resultados entre cada etapa. Ainda, por dados de demografia e sintomas coletados por questionário identifica e caracteriza a população com sorologia positiva.

A terceira etapa aconteceu nos dias 08, 09 e 10 de junho de 2020.

Seguem as principais informações:

Quadro 1. Resultados do Estudo de prevalência e de extensão conforme região do estado e segundo etapa:

Resultados	**Etapa 1:**			**Etapa 2**			**Etapa 3**		
Parâmetro	**N**	**Positivo**	**Prevalência**	**N**	**Positivo**	**Prevalência**	**N**	**Positivo**	**Prevalência**
prevalência ES	4.612	97	2,10%	4644	239	5,14%	4633	341	**7,36%**
LI 95%			1,67%			4,50%			6,60%
LS 95%			2,52%			5,79%			8,12%
prevalência GV	3.304	92	2,79%	3.521	232	6,59%	3559	316	**8,88%**
LI 95%			2,21%			5,76%			7,93%
LS 95%			3,36%			7,42%			9,82%
extensão doença	1.163	3	0,26%	1041	22	2,10%	1146	26	**2,27%**
LI 95%			0,05%			1,19%			1,36%
LS 95%			0,75%			3,03%			3,18%
Prevalência Interior ES	2.467	8	0,32%	2.164	29	1,34%	2022	51	**2,52%**
LI 95%			0,08%			0,83%			1,81%
LS 95%			0,57%			1,85%			3,23%

Gráfico 1. Prevalência conforme região nas três etapas do inquérito:

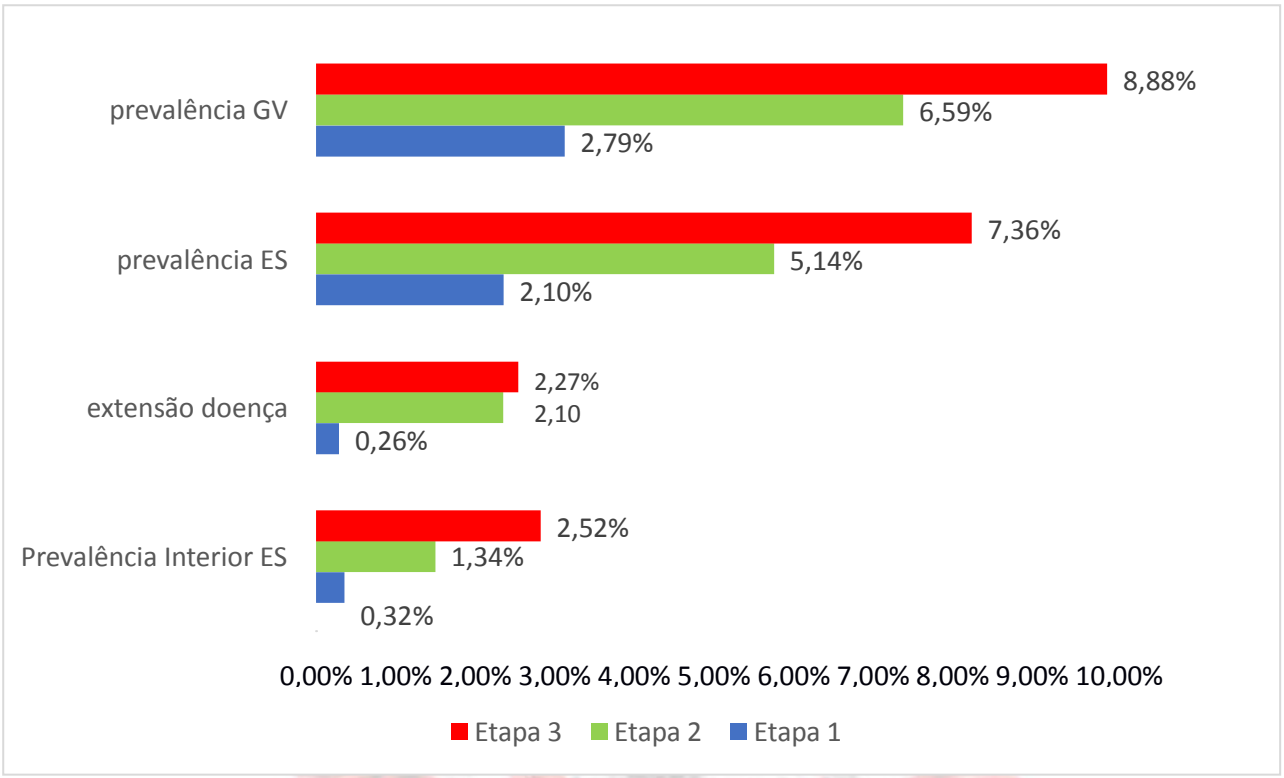


Gráfico 2. Crescimento da população positiva no ES:

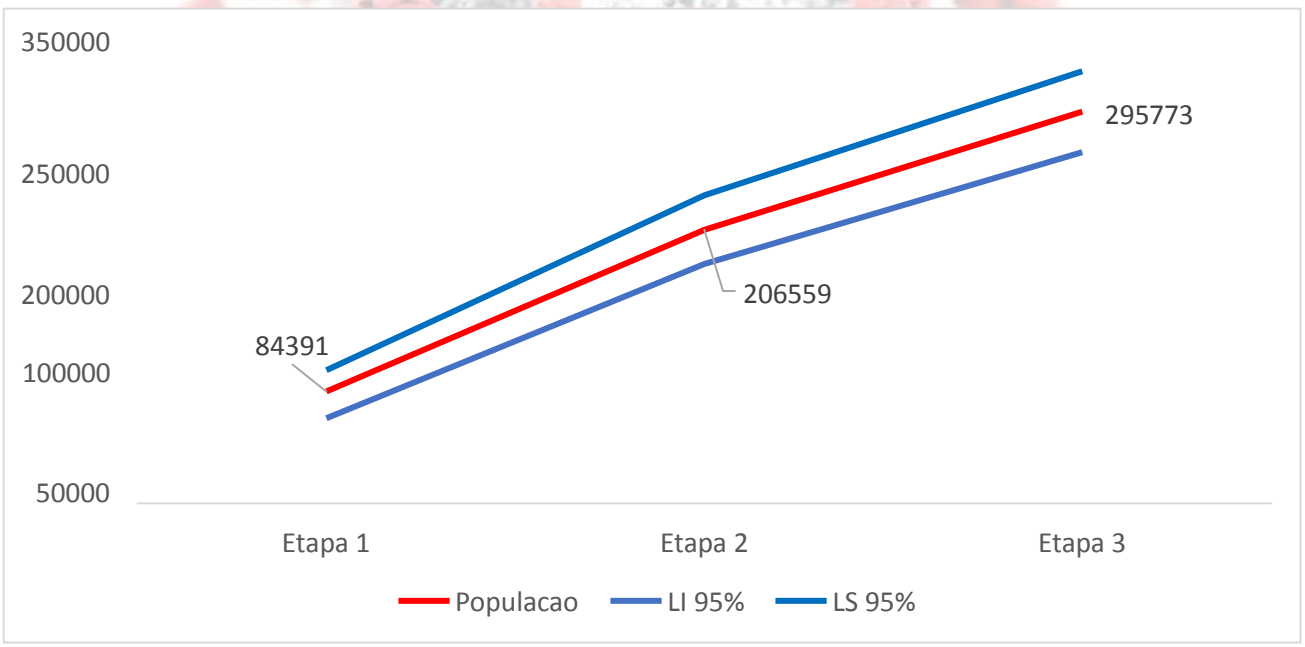


Gráfico 3. Crescimento da população positiva na grande Vitoria:

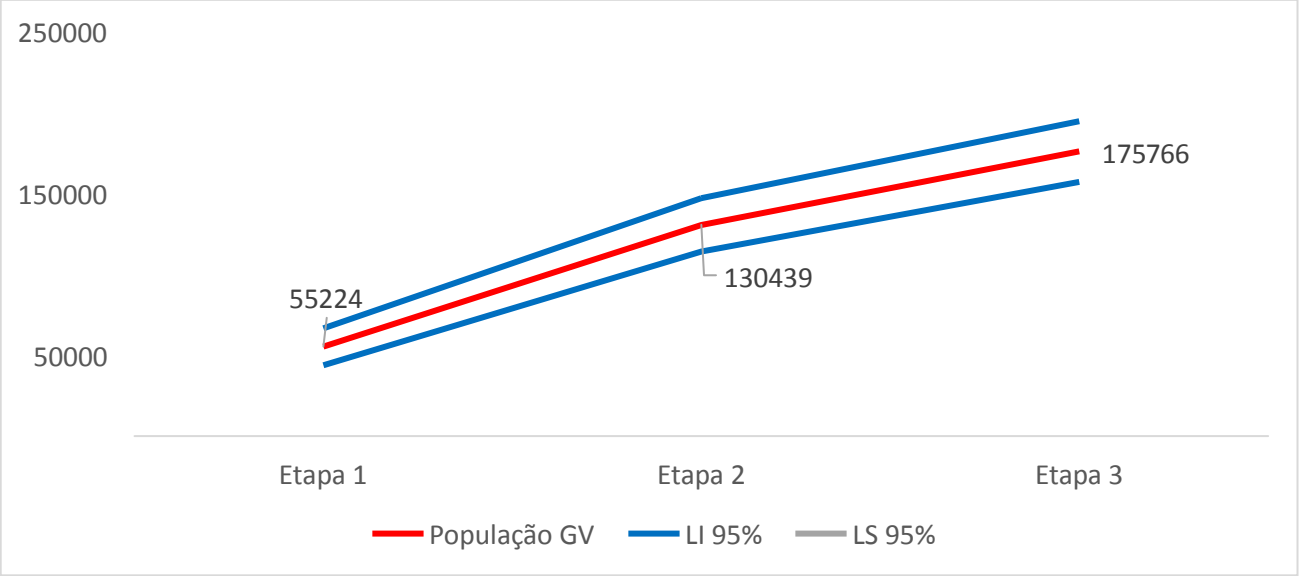
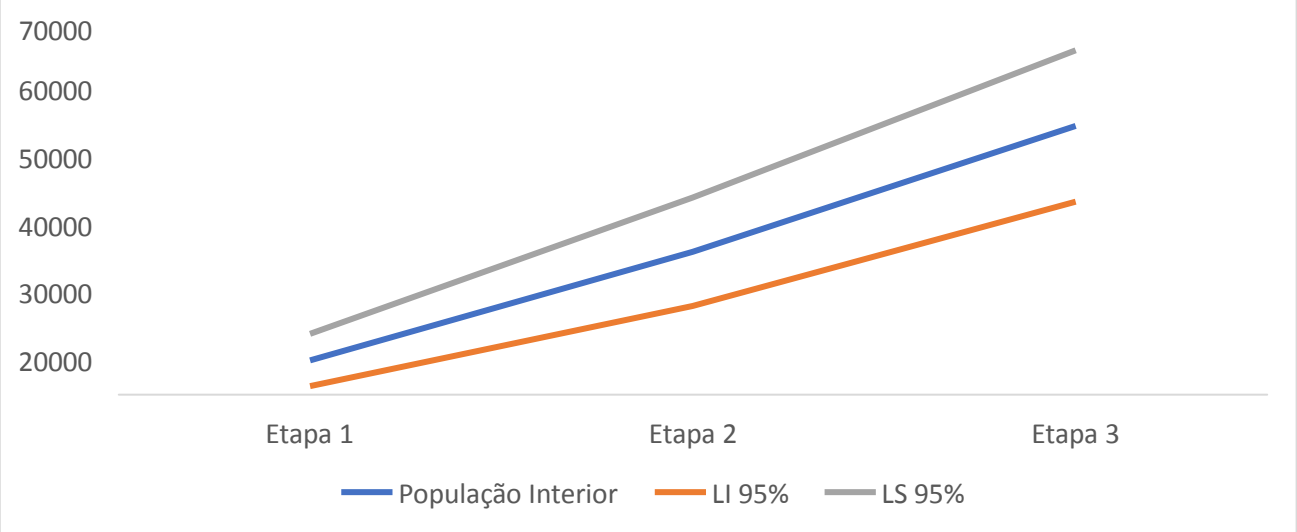


Gráfico 4. Crescimento da população positiva no interior do ES:



Quadro 2: Perfil Sociodemográfico dos entrevistados na terceira do inquérito

Variável	Categoria	Total		Resultado do teste				p-valor
				Positivo		Negativo		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	2882	62,2%	221	64,8%	2661	62,0%	0,303
	Masculino	1751	37,8%	120	35,2%	1631	38,0%	
Faixa Etária	até 20 anos	283	6,1%	24	7,0%	259	6,0%	0,298
	21 a 40 anos	1377	29,7%	95	27,9%	1282	29,9%	
	41 a 60 anos	1643	35,5%	135	39,6%	1508	35,1%	
	61 a 80 anos	1180	25,5%	80	23,5%	1100	25,6%	
	81 anos e mais	150	3,2%	7	2,1%	143	3,3%	
Raça-cor	Parda	2114	46,1%	168	50,1%	1946	45,8%	0,041

	Preta	634	13,8%	57	17,0%	577	13,6%	
	Branca	1770	38,6%	104	31,0%	1666	39,2%	
	Amarela	50	1,1%	5	1,5%	45	1,1%	
	Indígena	19	0,4%	1	0,3%	18	0,4%	
Anos de estudo	Analfabeto	149	3,3%	9	2,7%	140	3,3%	0,140
	até 8 anos	1684	36,8%	140	41,8%	1544	36,4%	
	9 anos ou mais	2739	59,9%	186	55,5%	2553	60,3%	

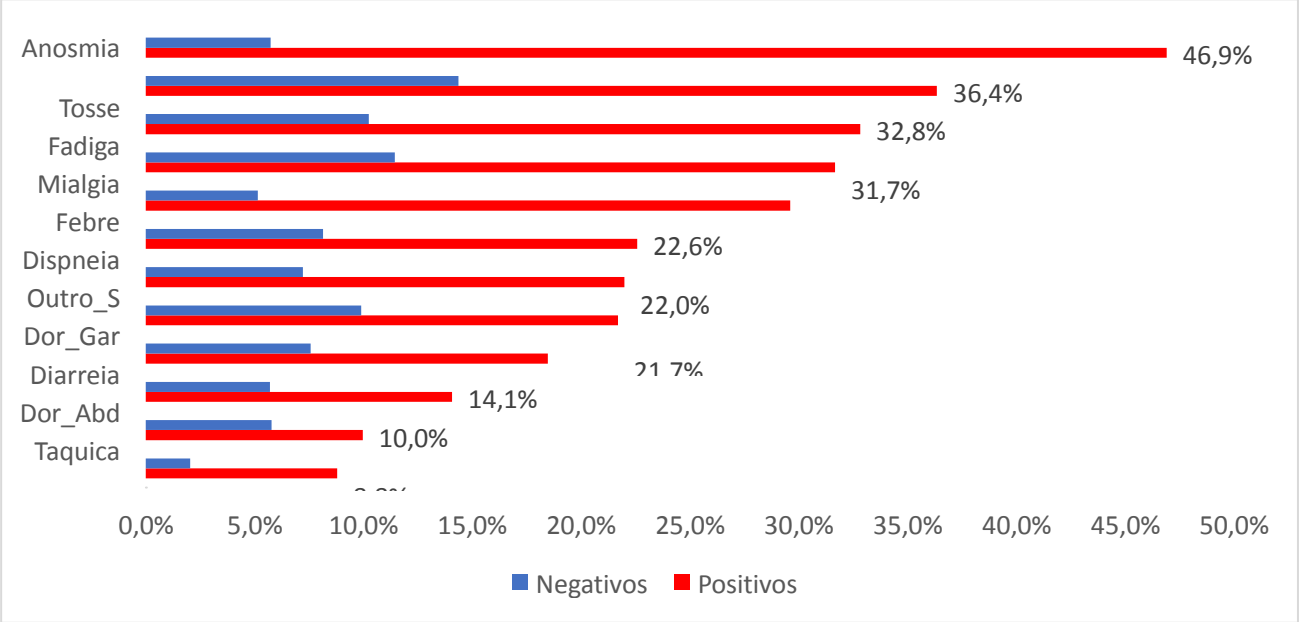
Quadro 3: Perfil do domicílio dos entrevistados na terceira do inquérito:

				Resultado do teste				
Variável	Categoria	Total		Positivo		Negativo		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Total de moradores	1	531	11,5%	20	5,9%	511	11,9%	0,001
	2	1272	27,5%	67	19,6%	1205	28,1%	
	3	1254	27,1%	86	25,2%	1168	27,2%	
	4	929	20,1%	90	26,4%	839	19,6%	
	5 ou mais	646	13,9%	78	22,9%	568	13,2%	
Graduação mais alta do domicílio	Analfabeto	93	2,0%	7	2,1%	86	2,0%	0,014
	Ensino Fundamental	1162	25,1%	86	25,2%	1076	25,1%	
	Ensino Médio	1845	39,8%	161	47,2%	1684	39,2%	
	Superior Completo	1204	26,0%	64	18,8%	1140	26,6%	
	Superior Incompleto	329	7,1%	23	6,7%	306	7,1%	
Respondente do Questionário	A própria pessoa	4427	95,6%	325	95,3%	4102	95,6%	0,255
	Mãe	120	2,6%	13	3,8%	107	2,5%	
	Outro responsável ou cuidador	64	1,4%	2	,6%	62	1,4%	
	Pai	22	,5%	1	,3%	21	,5%	

Quadro 4: Perfil Comorbidade dos entrevistados na terceira etapa do inquérito sorológico

				Resultado do teste				
Variável	Categoria	Total		Positivo		Negativo		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Procurou US	sim	830	17,9%	133	39,0%	697	16,2%	0,001
DP_HAS	sim	1459	31,5%	104	30,5%	1355	31,6%	0,211
DP_DM	sim	535	11,5%	35	10,3%	500	11,6%	0,441
DP_Asma	sim	404	8,7%	24	7,0%	380	8,9%	0,253
DP_Neoplas	sim	106	97,7%	5	1,5%	101	2,4%	0,292
DP_Renal	sim	91	2,3%	10	2,9%	81	1,9%	0,181
DP_Cardio	sim	269	2,0%	20	5,9%	249	5,8%	0,961
DP_Obesida	sim	544	5,8%	47	13,8%	497	11,6%	0,224

Gráfico 5: Comparativo de Sintomas dos entrevistados positivos na etapa 3



Quadro 5: percentual de assintomáticos na etapa 3:

Variável	Categoria	Total		Resultado do teste				p-valor
				Positivo		Negativo		
		N	%	N	%	N	%	
Número de Sintomas	nenhum	2804	60,5%	96	28,2%	2708	63,1%	0,001
	1	711	15,3%	49	14,4%	662	15,4%	
	2	383	8,3%	36	10,6%	347	8,1%	
	3	225	4,9%	24	7,0%	201	4,7%	
	4 ou mais	510	11,0%	136	39,9%	374	8,7%	

A terceira etapa do inquérito traz informações importantes:

1. Ficou clara a expansão da COVID 19 da região metropolitana para os municípios do interior;
2. Manteve-se uma prevalência mais alta de testes positivos entre as pessoas que se autodeclararam negras e pardas, que residem em domicílios com 4 ou mais moradores e cuja a formação educacional mais alta é ensino médio, quando comparamos entre os positivos e negativos.;
3. A curva de prevalência permanece em franca ascensão, especialmente no interior do estado.

LEGISLAÇÃO

Conteúdo	*Caput*	Documento na íntegra
Decreto Nº 0690-S, de 13 de Junho de 2020	Decreta Luto Oficial em todo Estado, a vigorar durante o estado de emergência em saúde pública reconhecido pelo Decreto n° 4593-R, de 13 de março de 2020, em manifestação de profundo pesar pela confirmação de mais de 1000 vítimas fatais pelo novo coronavírus (COVID-19), no Espírito Santo.	https://bit.ly/2UN1QaH
Portaria SESA Nº 107-R, de 13 de Junho de 2020	Altera a Portaria nº 093-R, de 23 de maio de 2020 e a Portaria nº 100-R, de 30 de maio de 2020.	https://bit.ly/3e5ZUSh
Portaria SESA Nº 106-R, de 13 de Junho de 2020	Estabelece e divulga o mapeamento de risco, instituído pelo Decreto nº 4636-R, de 19 de abril de 2020, na forma da Portaria nº 093-R, de 23 de maio de 2020, e dá outras providências.	https://bit.ly/2Y0Xte4
Portaria Nº 103-R, de 06 de Junho de 2020	Estabelece e divulga o mapeamento de risco, instituído pelo Decreto nº 4636-R, de 19 de abril de 2020, em conformidade ao disposto no Decreto nº 4636-R, de 19 de abril de 2020, na forma da Portaria nº 093-R, de 23 de maio de 2020, e dá outras providências.	https://bit.ly/2zbYLcP
Decreto Nº 4659-R, de 30 de Maio de 2020	Prorroga até o dia 30 de junho a suspensão dos prazos nos processos administrativos da Administração Pública Direta; Mantém a suspensão do funcionamento das atividades educacionais em todas as escolas, universidades e faculdades, das redes de ensino pública e privadas, das atividades de cinemas, teatros, museus, boates, casas de shows, espaços culturais e afins, da visitação em unidades de conservação ambiental, públicas e privadas, e do funcionamento de estabelecimentos de vendas de bebidas alcoólicas (bares) até dia 30 de junho de 2020.	https://bit.ly/2XhcGYf
Portaria SESA Nº 101-R, de 30 de Maio de 2020	Estabelece e divulga o mapeamento de risco, instituído pelo Decreto nº 4636-R, de 19 de abril de 2020, em conformidade ao disposto no Decreto nº 4636-R, de 19 de abril de 2020, na forma da Portaria nº 093-R, de 23 de maio de 2020, e dá outras providências.	https://bit.ly/3gDOfvz
Portaria SESA Nº 100-R, de 30 de Maio de 2020	Dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19), nos termos Decreto nº 4636-R, de 19 de abril de 2020, e dá outras providências.	https://bit.ly/2XKfkop

Portaria Nº 094-R, de 23 de Maio de 2020	Dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19), estabelecendo orientações a serem adotadas por estabelecimento comerciais, prestadores de serviço, academias de esportes e a suspenção do funcionamento de shopping centeres, atendimento ao público em todas as agências bancárias, públicas e privadas e o atendimento presencial ao público em concessionárias prestadoras de serviço público.	https://bit.ly/3dbVwkt
Portaria Nº 093-R, de 23 de Maio de 2020	Dispõe sobre o mapeamento de risco para o estabelecimento de medidas qualificadas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19).	https://bit.ly/3e787p0
Portaria Nº 092-R, de 23 de Maio de 2020	Estabelece e divulga o mapeamento de risco para o estabelecimento de medidas qualificadas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19).	https://bit.ly/3giqKIu
Portaria Nº 086-R, de 15 de Maio de 2020	Dispõe sobre o mapeamento de risco para o estabelecimento de medidas qualificadas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo Coronavírus (COVID-19).	https://bit.ly/3cHuCQZ
Decreto Nº 4652-R, de 15 de Maio de 2020	Altera dispositivos do Decreto nº 4.618-R, que disciplina as doações de valores, de bens móveis ou imóveis, de serviços comuns e licenças de software, bem como do procedimento de comodato em favor de órgãos e entidades da Administração Pública Estadual Direta, autárquica e fundacional, enquanto perdurar o Estado de Emergência em Saúde Pública.	https://bit.ly/2X4l6AL
Decreto Nº 4651-R, de 15 de Maio de 2020	Prorroga a suspensão do funcionamento de academias de esporte de todas as modalidades até dia 24 de maio de 2020 no âmbito do Estado do Espírito Santo.	https://bit.ly/2zKP7h4
Portaria Nº 080-R, de 09 de Maio de 2020	Dispõe sobre o mapeamento de risco para o estabelecimento de medidas qualificadas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo Coronavírus (COVID-19), instituído pelo Decreto nº 4636-R, de 19 de abril de 2020, e dá outras providências.	https://bit.ly/2yP1OHs
Decreto N° 4648-R, de 08 de Maio de 2020	Determina a utilização obrigatória de máscaras como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo Coronavírus (COVID-19).	https://bit.ly/2yLgUxN

Decreto Nº 4644-R, de 30 de Abril de 2020	Prorroga até o dia 30 de maio de 2020 a suspensão, no âmbito do Estado do Espírito Santo, das atividades educacionais em todas as escolas, universidades e faculdades, das redes de ensino pública e privadas, das atividades de cinemas, teatros, museus, boates, casas de shows, espaços culturais e afins, da visitação em unidades de conservação ambiental, públicas e privadas; e do funcionamento de estabelecimentos de vendas de bebidas alcoólicas (bares). Fica mantida a suspensão da utilização do Passe-escolar, em todas suas formas. Prorroga até o dia 15 de maio de 2020, a suspensão do funcionamento de academias de esporte de todas as modalidades.	https://bit.ly/2YSYZQz
Portaria Nº 071-R, de 26 de Abril de 2020	Estabelece a contratualização de leitos com hospitais particulares e filantrópicos em todas as regiões do Estado, específicos para atendimento aos pacientes que desenvolvam formas graves da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2).	https://bit.ly/3dz1CuL
Portaria Nº 069-R, de 24 de Abril de 2020	Estabelece os pré-requisitos para credenciamento e homologação de laboratórios privados para a realização de análises para o diagnóstico da Covid19.	https://bit.ly/3bgm9CU
Portaria N° 067-R, de 20 de Abril de 2020	Atualiza a redefinição dos perfis de atuação dos serviços hospitalares durante o estado de emergência em saúde pública no Espírito Santo, decorrente do novo Coronavírus (Covid-19).	https://bit.ly/3fHVeU6
Decreto Nº 4636-R, de 19 de Abril de 2020	Institui o mapeamento de risco para o estabelecimento de medidas qualificadas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19) e dá outras providências.	https://bit.ly/2AaX3IC
Decreto Nº 4632-R, de 16 de Abril de 2020	Medidas de redução de circulação e aglomeração de pessoas em hipermercados, supermercados, minimercados, hortifrútis, padarias e lojas de conveniência.	https://bit.ly/2LIkPUN
Decreto Nº 0446-S, de 02 de abril de 2020	Declara Estado de Calamidade Pública no Estado do Espírito Santo decorrente de desastre natural classificado como grupo biológico/epidemias e tipo doenças infecciosas virais (COBRADE 1.5.1.1.0).	https://bit.ly/2xWV0r6

NOTAS TÉCNICAS

Conteúdo	*Caput*	Documento na íntegra
Nota Técnica COVID.19 N° 43	Relatório do inquérito sorológico do ES.	https://bit.ly/2UKWxJ4
Nota Técnica COVID.19 N° 43	Orientações para adequação de ambientes e processos de trabalho de profissionais da segurança pública em face do novo coronavírus (Sars-Cov-2).	https://bit.ly/2XIokM5
Nota Técnica COVID.19 N° 42	Propor recomendações para o tratamento Farmacológico específico de COVID 19 e suas complicações.	https://bit.ly/30gPdIx
Nota Técnica COVID.19 Nº 41	Orientações para adequação de ambientes e processos de trabalho de catadores organizados em associações ou cooperativas de materiais recicláveis e reutilizáveis no Estado do Espírito Santo, em face do novo coronavírus (Sars-Cov-2).	https://bit.ly/2Tca4s6
Nota Técnica COVID.19 Nº 40	Orientações para adequação de ambientes e processos de trabalho de catadores organizados em associações ou cooperativas de materiais recicláveis e reutilizáveis no Estado do Espírito Santo, em face do novo coronavírus (Sars-Cov-2).	https://bit.ly/2zGjEN3
Nota Técnica COVID.19 Nº 38	Padronizar as ações para a detecção precoce de pessoas caracterizadas como casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus (Covid-19)	https://bit.ly/2WXzc6U
Nota Técnica COVID.19 Nº37	Orientações referentes à atuação das Vigilâncias Sanitárias em Instituições de Longa Permanência para Idosos, Comunidades Terapêuticas, Clínicas Terapêuticas, Residências Terapêuticas e Asilos/Casas de repouso.	https://bit.ly/2WksNDP
Nota Técnica COVID.19 Nº36	Orientações gerais a serem adotadas pelos serviços administrativos nos ambientes das sedes da SESA no enfrentamento à pandemia de Covid-19.	https://bit.ly/3fEzbgP
Nota Técnica COVID.19 Nº35	Recomendações a serem observadas na realização de atividades religiosas, visando práticas de segurança no enfrentamento do novo coronavírus (Covid-19).	https://bit.ly/2LixU1d
Nota Técnica COVID.19 Nº34	Triagem e assistência ambulatorial para atendimento aos servidores e colaboradores da Secretaria Estadual de Saúde - SESA com síndromes respiratórias gripais.	https://bit.ly/3cpEYon
Nota Técnica COVID.19 Nº33	Orientações para a doação de Leite Materno aos Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta de Leite Humano durante a pandemia do Novo Coronavírus (SARS-CoV-2).	https://bit.ly/2xPK2n0
Nota Técnica COVID.19 Nº32	Ações para a detecção precoce de pessoas caracterizadas como casos suspeitos de infecção – Saúde Prisional	https://bit.ly/3dBKy7k
Nota Técnica COVID.19 Nº31	Recomendações para os Serviços de Saúde do Espírito Santo em relação à Triagem Neonatal Biológica (Teste do Pezinho), a serem observadas durante a pandemia pelo Coronavírus.	https://bit.ly/3dEYZHJ

Nota Técnica COVID.19 Nº30	Projeto “Cuidar de Quem Cuida” Ação Estratégica de Promoção e Prevenção à Saúde dos Servidores da SESA frente a pandemia da COVID-19.	https://bit.ly/3dDwGtc
Nota Técnica COVID.19 Nº29	Definição de Casos Operacionais e Critérios de Coleta de exames laboratoriais para diagnóstico do novo coronavírus (Covid-19).	https://bit.ly/3fFtzD6
Nota Técnica COVID.19 Nº28	Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) a serem adotadas na população idosa do Espírito Santo.	https://bit.ly/2xWf8tm
Nota Técnica COVID.19 Nº27	Testes Laboratoriais para Coronavírus.	https://bit.ly/2YX9vGj
Nota Técnica COVID.19 Nº26	Alerta aos serviços de saúde e de vigilância das Secretarias de Saúde sobre os riscos de acidentes por animais peçonhentos no período de colheita de café e fornece recomendações para uso racional do soro, utilização dos protocolos de atendimento e medidas de prevenção dos acidentes por animais peçonhentos no período de pandemia de COVID-19.	https://bit.ly/3cpllge
Nota Técnica COVID.19 Nº25	Recomendação para tratamento farmacológico de pacientes com infecção por COVID-19 – V2	https://bit.ly/2SUUX6i
Nota Técnica COVID.19 Nº24	Recomendações para reorganização do processo de trabalho do serviço de saúde para o cuidado às pessoas acometidas pela Hanseníase no Estado do Espírito durante a pandemia da COVID-19.	https://bit.ly/2Wne1fC
Nota Técnica COVID.19 Nº22	Orientações sobre manejo da tuberculose para as unidades básicas de saúde no Estado do Espírito Santo durante a pandemia de Coronavírus.	https://bit.ly/2zoH61b
Nota Técnica COVID.19 Nº21	Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) a serem adotadas na população idosa que vive em Instituição de Longa Permanência para Idosos-ILPI) do Espírito Santo.	https://bit.ly/2AjvzRj
Nota Técnica COVID.19 Nº20	Programa Saúde na Escola – Trabalho Conjunto Entre APS e Educação frente Ao Covid-19	https://bit.ly/2WKaGGy
Nota Técnica COVID.19 Nº19	Atenção Primária Em Saúde (APS) e os Cuidados com seu Território	https://bit.ly/3fEBgJF
Nota Técnica COVID.19 Nº18	Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)	https://bit.ly/2Lm04IB
Nota Técnica COVID.19 Nº17	Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (Covid-19) para Organização da Rede Assistencial para Atenção às Pessoas em Situação de Vulnerabilidade.	https://bit.ly/2xRJL2Y
Nota Técnica COVID.19 Nº15	Orientações para Atenção e Organização da Rede Assistencial da Criança e Adolescente durante a Pandemia do Novo Coronavírus (SARS-CoV-2).	https://bit.ly/2WLwtNR
Nota Técnica COVID.19 Nº14	Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) para Atenção à Pessoa com Deficiência durante a pandemia do Covid-19.	https://bit.ly/3dA6j7z

Nota Técnica COVID.19 Nº13	Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) para Organização da Rede Assistencial para a Atenção à Gestante e Puérpera	https://bit.ly/3cpGUNE
Nota Técnica COVID.19 Nº12	Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) para Atenção à Gestante e Puérpera	https://bit.ly/2YUlBQI
Nota Técnica COVID.19 Nº11	Recomendações sobre o processo de trabalho e manejo odontológico para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus às equipes de saúde bucal no estado do espírito santo.	https://bit.ly/3dz8Bnn
Nota Técnica COVID.19 Nº10	Orientações Relativas ao Coronavírus (Covid-19) para os Serviços que Compõem a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e as Entidades Filantrópicas que Ofertam Atendimento em Saúde às Pessoas com Deficiência	https://bit.ly/2Wm8nKx
Nota Técnica COVID.19 Nº7	Estabelece a ampliação de novas Unidades Sentinelas no Estado do Espírito Santo.	https://bit.ly/3dE7nrk
Nota Técnica COVID.19 Nº6	Avaliação técnica e aplicabilidade dos testes diagnosticados laboratoriais para COVID - 19.	https://bit.ly/2YXbg6n
Nota Técnica COVID.19 Nº3	Definições de afastamento laboral para profissionais de serviços essenciais	https://bit.ly/2X01ttV
Nota Técnica COVID.19 Nº2	Orientações acerca do manejo com pacientes infectados por COVID-19 pós morte.	https://bit.ly/2WlNfUK
Nota Técnica COVID.19 Nº1	Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus	https://bit.ly/2ztfMii

Com o objetivo de orientar a rede assistencial pública e privada, nos diferentes níveis de atenção, bem como dar transparência à população dos processos que estão sendo desenvolvidos no Estado do Espírito Santo tem-se elaborado diversos tipos de matérias instrutivos pela equipe da Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

As Notas Técnicas são elaboradas por profissionais especializados com a finalidade de orientar os diversos serviços e seguimentos específicos de forma adequada. Atualmente a Nota Técnica que orienta sobre a definição de Casos Operacionais e Critérios de Coleta é a de número 29. É possível acessar a todas as Notas Técnicas elaboras para a temática do Coronavírus no site da secretaria, através do link: < https://saude.es.gov.br/coronavirus_notas_tecnicas>.

Para auxiliar o processo de trabalho dos serviços de saúde e tornar mais fácil a compreensão dos materiais acima citados, a SESA tem elaborado fluxogramas tais como: Fluxograma de testagem para a covid-19 para atenção básica, atenção especializada e urgências e emergências; Fluxograma para atendimento Covid-19 em unidades de pronto atendimento. Esses materiais gráficos também estão disponíveis no site da SESA pelo do link: <https://saude.es.gov.br/coronavirus_fluxogramas>.