

Revisão e Atualização do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo

Dignóstico da Situação de Saúde

Cadernos Regionais
METROPOLITANA



2024



COSEMS ES
COLEGIADO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS
DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



COLABORADORES:

Livia Maria Araújo Claudio

Vanessa Suzana Costa

Julio Cesar Moraes

Edna Cellis Vaccari Baltar

Maria Angélica Callegario Vieira

Maria José da Costa Mendes

Marcia Portugal Siqueira

Eida Maria Borges Gonsalves

Franciely da Costa Guarnier

Fabiane Lima Simões

Erivelto Pires Martins

Murilo Ribeiro Spala

Juliana Medeiros da Silva

**REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE
REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – PDR/ES 2024
DIGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE**

CADERNOS REGIONAIS

Metropolitana



Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga

“Localizar significa mostrar o lugar. Quer dizer, além disto, reparar no lugar. Ambas as coisas, mostrar o lugar e reparar no lugar, são os passos preparatórios de uma localização. Mas é muita ousadia que nos conformemos com os passos preparatórios. A localização termina, como corresponde a todo método intelectual, na interrogação que pergunta pela situação do lugar”. (Heidegger,1998).

Os cadernos regionais estão organizados com dados dos sistemas de informações federal e estadual, de acesso público, relatórios setoriais do governo estadual, relatórios do Instituto Jones dos Santos Neves e artigos acadêmicos de publicação nacional, com o propósito de favorecer aos atores sociais que representam a gestão estadual, assim como os que representam a sociedade civil organizada, o reconhecimento de si e de sua comunidade, bem como a aproximação identitária, através do reconhecimento das situações apresentadas e analisadas em cada município, com o objetivo de revisar e propor um novo traçado onde os municípios se agregam por identidade e pactuam solidariedade e cooperação na resolução dos problemas que afetam a vida das populações.

Ao se tratar das situações complexas da qualidade de vida das pessoas, com políticas setoriais a partir de análises de situações isoladas para problemas urgentes, possibilita-se a escolha de políticas com pouca base científica, que leva ao enfoque exclusivo na disponibilidade de serviços de saúde, sem construir sistemas de abrangência integral, afastando as possibilidades de soluções solidárias, construídas a partir do sentimento de pertencimento que se "abraça a causa".

Nos municípios/territórios, os cadernos serão lidos e analisados pelos atores sociais responsáveis pela revisão do traçado regional, como base de discussão para as oficinas regionais, nas quais os envolvidos no processo, conhecedores da realidade local, compartilhem o sentimento de pertencimento com cada pessoa onde vive e trabalha, e reconheçam as identidades dos territórios, tendo sido

utilizada linguagem inclusiva e simples para garantir o entendimento de todos os participantes do projeto.

PDR Saúde

Sequência Histórica

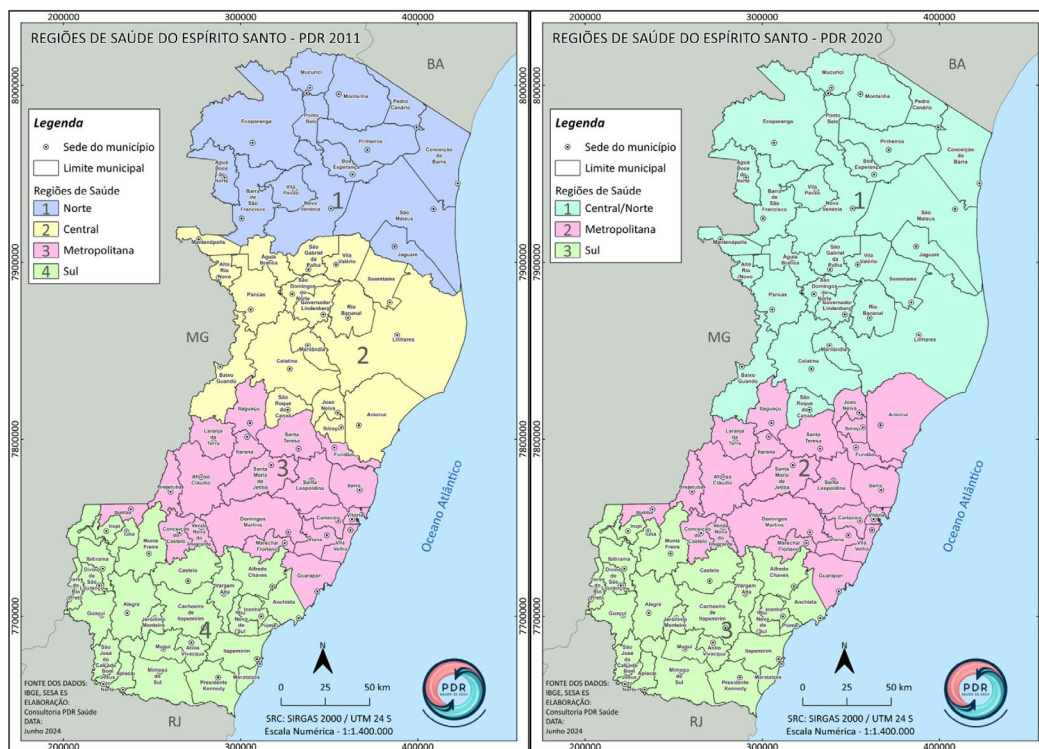
Em 2003, houve a primeira concepção, elaboração e implementação do PDR do Sistema Único de Saúde/ES, sob coordenação da Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional – GPEDI, cujo objetivo era habilitar o ES na gestão plena do sistema estadual de saúde, como indicava a Norma Operacional Básica (NOAS 2003).

Em 2011, um grande movimento nas quatro Regiões de Saúde, capitaneado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) para a elaboração do “Novo PDR”, envolveu todos os municípios, tendo como referencial teórico o conceito ampliado de saúde e as responsabilidades de gestão nos três níveis de governo.

Em 2020, em resposta à pandemia da COVID-19, uma nova configuração foi definida, com base populacional, em que foram criadas três Regiões de Saúde.

Em 2022, no segundo semestre, pós-eleições estaduais, alguns gestores municipais manifestaram a necessidade de revisão do PDR 2020. O COSEMS-ES publicou uma carta de posicionamento em defesa do SUS, explicitando 14 agendas estratégicas, fruto de deliberação, sendo a primeira a necessidade de revisão do PDR-ES.

Os traçados mais recentes das Regiões de Saúde do ES, que foram definidos segundo as necessidades de organização do SUS/ES, mostram que existe diferença apenas na configuração da Região de Saúde Central/Norte.



Em 2023, diante deste cenário, a SESA, por meio da Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde (SSAS) e da Subsecretaria de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde (SSEPLANTS), apresentou na reunião ordinária do COSEMS de dezembro de 2023 a proposta para a condução da revisão e atualização do PDR 2020, sendo aprovada por consenso pelos presentes.

Conceitos Fundamentais

Este projeto adota o conceito complexo da saúde e do desenvolvimento social, na relação determinante da qualidade de vida e bem-estar das populações, além de aprimorar a cooperação e solidariedade entre os territórios, base fundamental dos Sistemas Regionais de Saúde.

Regionalização

A Regionalização em Saúde tem seu traçado inspirado na organização do Sistema de Saúde Inglês de 1920, cujo desenho dos pontos de assistência aos enfermos se fez de forma a construir uma rede de serviços de saúde, com complexidade crescente, em um espaço geográfico delimitado administrativamente para uma população definida. No Brasil, os modelos regionalizados administrativamente se alternaram com momentos de centralização e descentralização, de acordo com a política adotada pelos governantes, onde podemos marcar 1891, 1920, 1940, 1960 e o período pós-Constituição Federal de 1988.

As metodologias que guiaram a regionalização em saúde no Brasil, e são aceitáveis na área de saúde, percorrem traçados que levam em consideração parâmetros epidemiológicos ou de serviços. Muitas vezes, a concepção de desenvolvimento social na dimensão territorial não está incluída. A partir da década de 70, todo o avanço científico e de análise crítica sobre a saúde incluiu o sujeito que adoece e a vida das populações, buscando nos referenciais da antropologia, da biologia, da epidemiologia crítica e da economia (Breilh, 1982) uma explicação plausível sobre as diferenças dos riscos e vulnerabilidades das comunidades, nas diversas categorias sociais.

Apesar de a Lei 8080 ter reafirmado a regionalização como forma de organização do Sistema Nacional de Saúde – Sistema Único de Saúde – SUS, não mostrou como efetivá-la. As teorias sobre regionalização empregam diversas formas de demarcação de espaço onde se quer organizar alguma estratégia para a resolução de problemas. Apesar de tolerar qualquer escolha de modelo de regionalização, na saúde só existe um método capaz de dar conta do determinismo social do adoecimento, trazido na Constituição Federal de 1988, que é aquele que respeita o lugar onde as pessoas vivem e suas escolhas, isto é, o território.

Criar “Regiões”, marcar território de ação, deve ser conduzido na totalidade do conteúdo que inscreve as formas do traçado. A forma cartográfica existe a partir do conteúdo que realça o que existe e o que não existe em cada lugar, território, reconhecido e capaz de gerar pertencimento. Neste momento, o traçado tem conteúdo.

Territorialização

Ao entender o território usado, vivo, descortinam-se diversos problemas sociais, econômicos e políticos imbricados na qualidade de vida das pessoas (Santos, 1992), isto é, a complexa causalidade do processo saúde-doença. Ao se entender a saúde e o adoecimento como um processo (Leavell e Clark, 1974), e que o modo de vida e a possibilidade de acesso aos bens compõem a quantidade de risco e a vulnerabilidade de uma dada comunidade, esses fatores serão determinantes nos desfechos, positivos ou negativos, do processo de adoecimento que acontece no espaço/tempo e desenvolvimento de uma comunidade.

Nesta reflexão, o desenvolvimento carrega significações que caracterizam as diversas áreas da vida humana, seja social, econômica, sustentável, intelectual, espacial e outras, muitas vezes incluídas em políticas públicas contraditórias para a qualidade de vida.

Alcançar o desenvolvimento social brasileiro na perspectiva global não garante que se chegue às mais diferentes comunidades, distribuídas no grande espaço geográfico brasileiro, com características diferenciadas na sua forma de viver e capacidades para satisfazer as necessidades da vida. Sendo assim, respeitando-se a Constituição Federal Brasileira e adotando-se os referenciais deliberados da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 para a construção do Sistema Nacional de Saúde Brasileiro, busca-se métodos e técnicas que diminuam as desigualdades socioespaciais e garantam a integralidade do acesso à saúde para todos os brasileiros em cada espaço ocupado e vivido (Santos, 1996).

Outros autores vão definir território com a mesma intensidade de simbolismo, mas na precaução do entendimento de dominação, como, por exemplo, na definição de Lefebvre: “um espaço feito território” através dos processos por ele denominados de apropriação (que começa pela apropriação da própria natureza) e dominação (mais característica da sociedade moderna, capitalista).

No espaço simbólico, partilhado pela linguagem regional, constroem-se as territorialidades, entendendo que territorialidade não é apenas viver em um espaço geográfico, mas estar em comunhão com ele, pertencer ao local, onde se cria a solidariedade horizontal a partir da identidade. Reconhecer-se, pertencer ao lugar, viver o espaço, dá a cada indivíduo a responsabilidade de zelo e luta pelo desenvolvimento. aqui assumimos território enquanto espaço geográfico dinâmico,

cultural, simbólico, onde as práticas sociais se desenvolvem para uma melhor qualidade de vida, incluindo as práticas de saúde.

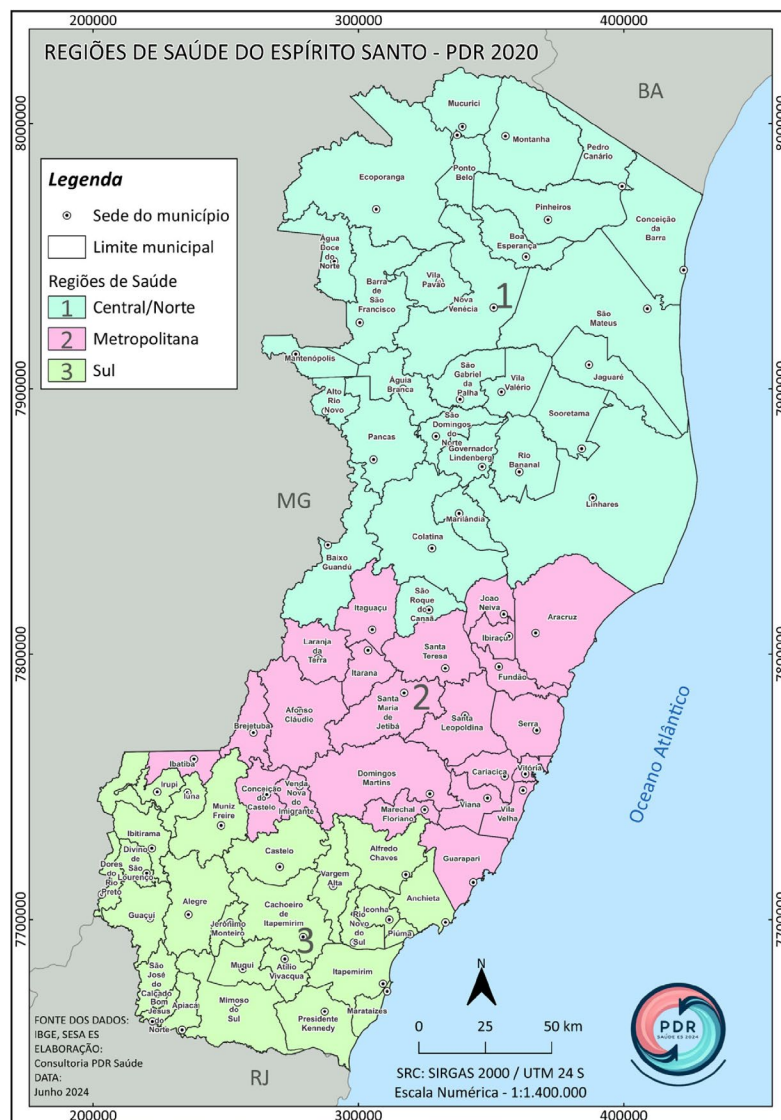
Cartografia da Saúde

A produção dos cadernos (atlas) municipais das análises dos eventos de cada município será confeccionada para os 78 municípios do ES, utilizando a ferramenta de software de Sistemas de Informação Geográfica (SIG) gratuita e de código aberto “QGIS”, um dos

líderes na área de geoprocessamento mundial. Os dados serão principalmente originados do Sistema de Informação da Saúde (SIS) e do Censo Demográfico 2022 do IBGE.

Todos os mapas traduzem um tipo de regionalização que tem como meta o planejamento de uma intervenção específica, dependente de uma organização administrativa que busca o acesso às ações de saúde a partir da doença instalada nos mais diversos estágios de sua evolução.

O mapa abaixo traduz a regionalização atual da política de saúde, delimitada a partir da atualização desenvolvida em 2020, com a finalidade de contribuir com a organização do SUS em conjunto com a revisão da PPI elaborada em 2011 e atualizada até 2014, a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de suas Redes Temáticas Prioritárias definidas nacionalmente, a retomada do Planejamento Regional Integrado (PRI), a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 e diversos projetos prioritários inovadores do Governo e da SESA, principalmente o modelo de reorganização da atenção à saúde e da regulação do acesso.



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

O Plano Estadual de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (2024-2027) aposta na descentralização de ações e serviços de saúde, além da estruturação da

atenção à saúde a partir de redes regionais, resolutivas e hierarquizadas, estimulando o estado e os municípios a exercerem efetivamente seus papéis na gestão do SUS.

Ainda em fase de diagnóstico e planejamento, o Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – Regionalização - PROADI SUS/2021/2023/HAOC mobilizou um conjunto de atores sociais por Regiões de Saúde para diminuir as iniquidades, identificar prioridades e reconhecer os espaços regionais que contemplem identidades, perfil epidemiológico, vocação e possibilidades de concretização dos planos municipais, regionais e estadual de forma integrada e cooperativa, tendo como balizador o Planejamento Regional Integrado (PRI).

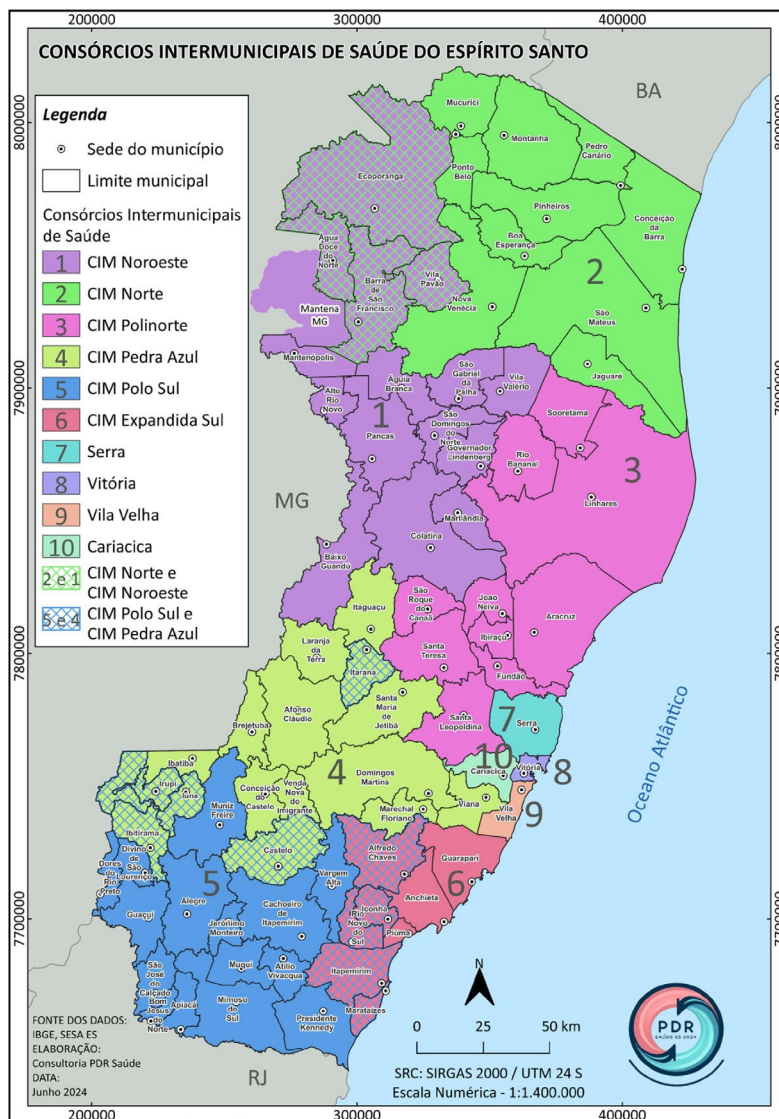
Outros traçados também são usados neste momento, tanto na SESA quanto nas demais Secretarias de Governo, caracterizando territorialidades que se propõem ao desenvolvimento das estratégias de intervenção setoriais, dificultando as ações intersetoriais para o desenvolvimento regional.

Consórcios

Os consórcios públicos têm como característica fundamental o não pagamento de juros, mas sim de uma taxa de administração pelos serviços, o que faz com que a prestação seja menor e mais atraente para o consumidor. Existe a possibilidade de dividir o valor total do bem ou serviço independentemente do valor. Prazos curtos, médios e longos, conforme o segmento.

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

de ambulância - suporte básico e, desde 2017, gerenciamento de serviços de saúde, a saber, Unidades da Rede Cuidar e SAMU 192.



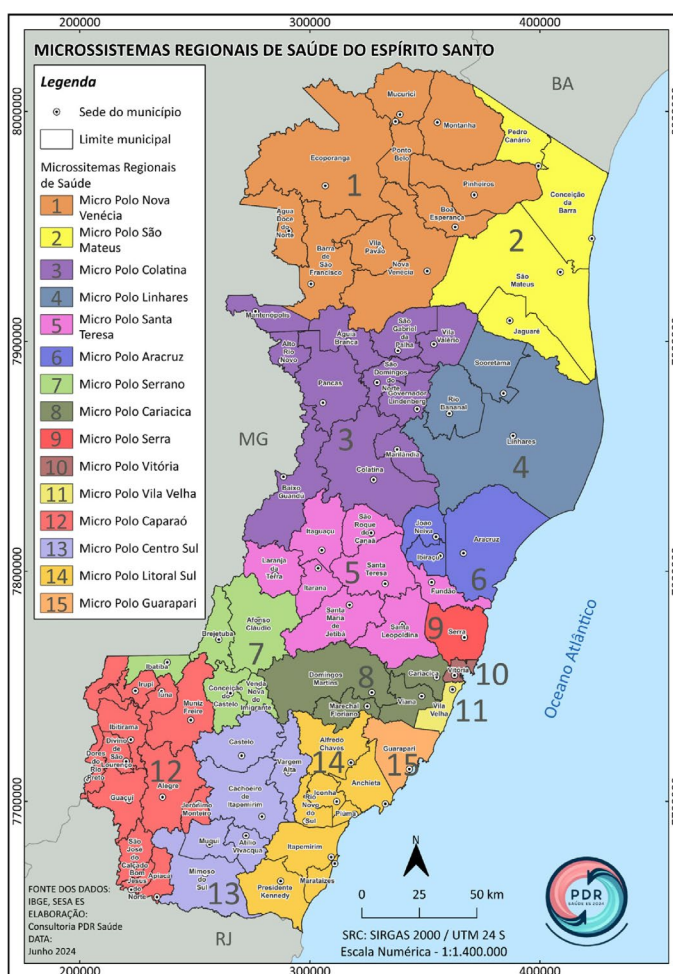
De acordo com o Plano Estadual de Saúde (PES) 2024–2027, no ES, estão constituídos 6 Consórcios Públicos Intermunicipais atuantes na área da saúde. Dos 78 municípios capixabas, apenas 4 não são membros de consórcios (Vitória, Vila Velha, Serra e Cariacica), e juntos representam 1.664.735 habitantes.

Os demais 74 municípios consorciados somam 2.168.977 habitantes. Apesar de a SESA manter Contratos de Programa com alguns Consórcios em função do cofinanciamento do SAMU 192 e das Unidades da Rede Cuidar, o Estado não é ente consorciado.

Microssistemas Regionais de Saúde

Sob a denominação de microssistemas regionais de saúde do Espírito Santo, estão organizados o acesso a um elenco de especialidades médicas nos espaços de abrangência de municípios polos designados pela Resolução CIB 071/2022 de 29 de abril de 2022. Além do acesso, essa organização inclui a telemedicina e a formação dos profissionais por meio da educação continuada dos profissionais que operam o sistema.

Segundo o PES 2024–2027, em sua diretriz número 4: Modernizar, qualificar e potencializar a gestão estadual do SUS, fortalecendo os processos de transparência, governança, planejamento, regulação, financiamento e descentralização, estão previstos a criação, implantação e cofinanciamento de 8 microssistemas regionais de saúde de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) de média complexidade.

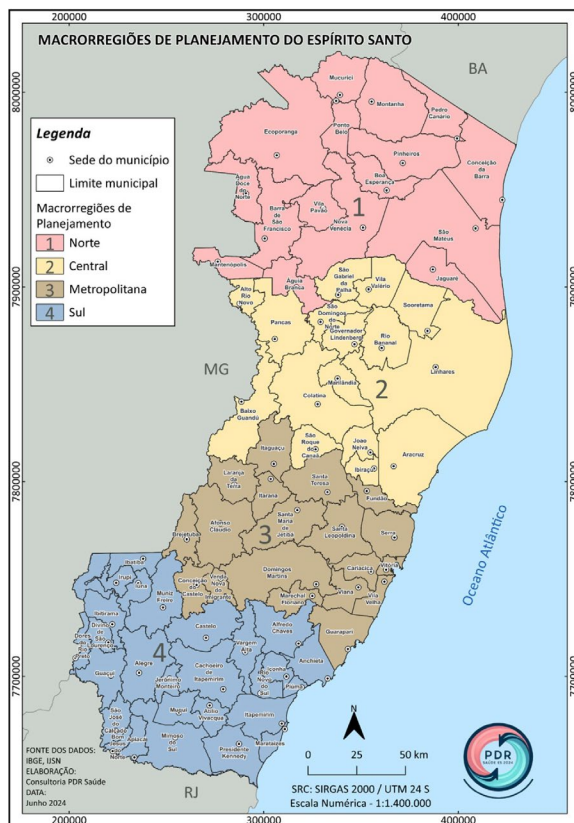


Os Microssistemas Regionais reorganizaram um novo traçado microrregional, com o objetivo de garantir acesso às especialidades médicas.

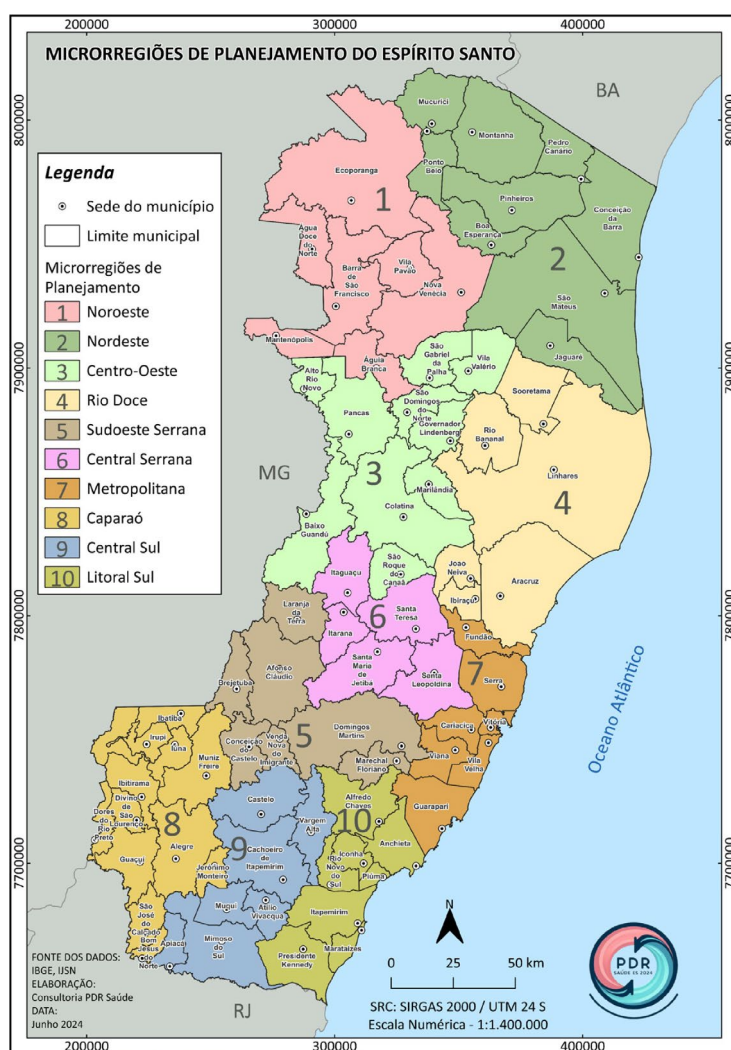
Regiões de Planejamento Estadual

A Lei 9.768 (ESPÍRITO SANTO, 2011) dividiu as microrregiões de planejamento com base nos seguintes critérios, de acordo com seu Art. 2º:

- I - Elementos estratégicos, ancorados em tendências de peso e em fatos portadores de futuro;
- II - Seus fatores dinâmicos vinculados a cadeias produtivas, estrutura logística de transporte e comunicações e hierarquia urbana; e
- III - Capacidade de geração e retenção de renda nos espaços regionais, interiorizando o urbano e os serviços. (ESPÍRITO SANTO, 2001).

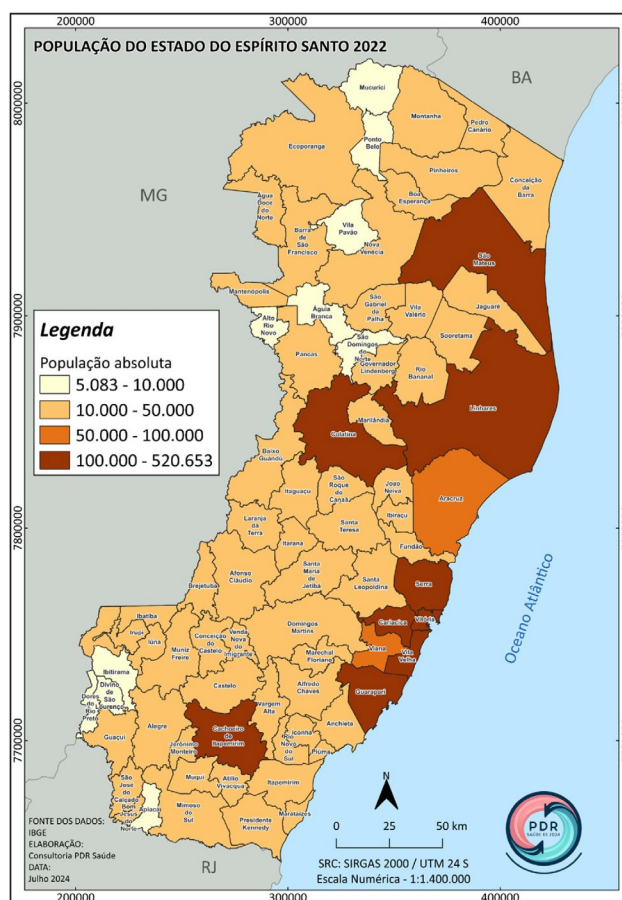


Para o planejamento de ações integradas, objetivo do projeto Desenvolvimento Regional Sustentável, verifica-se a necessidade de expor o conhecimento sobre essas regionalizações para que os gestores estaduais e municipais, assim como os demais agentes públicos e privados que atuam nas microrregiões, possam se articular e identificar quem são os interlocutores para cada ação planejada em seus territórios. O objetivo é evidenciar que existem políticas setoriais com desenhos próprios, que interferem na distribuição espacial do planejamento e na sua execução, na formação de instâncias de participação social, nas ações de controle e no orçamento. Assim, torna-se evidente a existência de conflitos e a necessidade de que o CDRS seja multidisciplinar, não substituindo as estruturas de participação existentes, mas desempenhando um papel de articulação e integração (IJSN, 2022).



Apesar dos esforços para integrar as ações promovidas pelo Estado à regionalização do planejamento, muitas políticas setoriais seguem desenhos próprios e, assim, possuem suas próprias lógicas de regionalização. Nesse sentido, cabe ao Conselho de Desenvolvimento Regional Sustentável (CDRS) a tarefa de integração, criando um ambiente propício para a resolução de conflitos por meio do diálogo entre os diferentes atores do território. As microrregiões do projeto DRS agregaram municípios de acordo com sua vocação econômica (habilidades e potencialidades dos municípios), como café, mármore, turismo, pesca, entre outros, agrupados em torno dos municípios polos para soluções solidárias.

Demografia



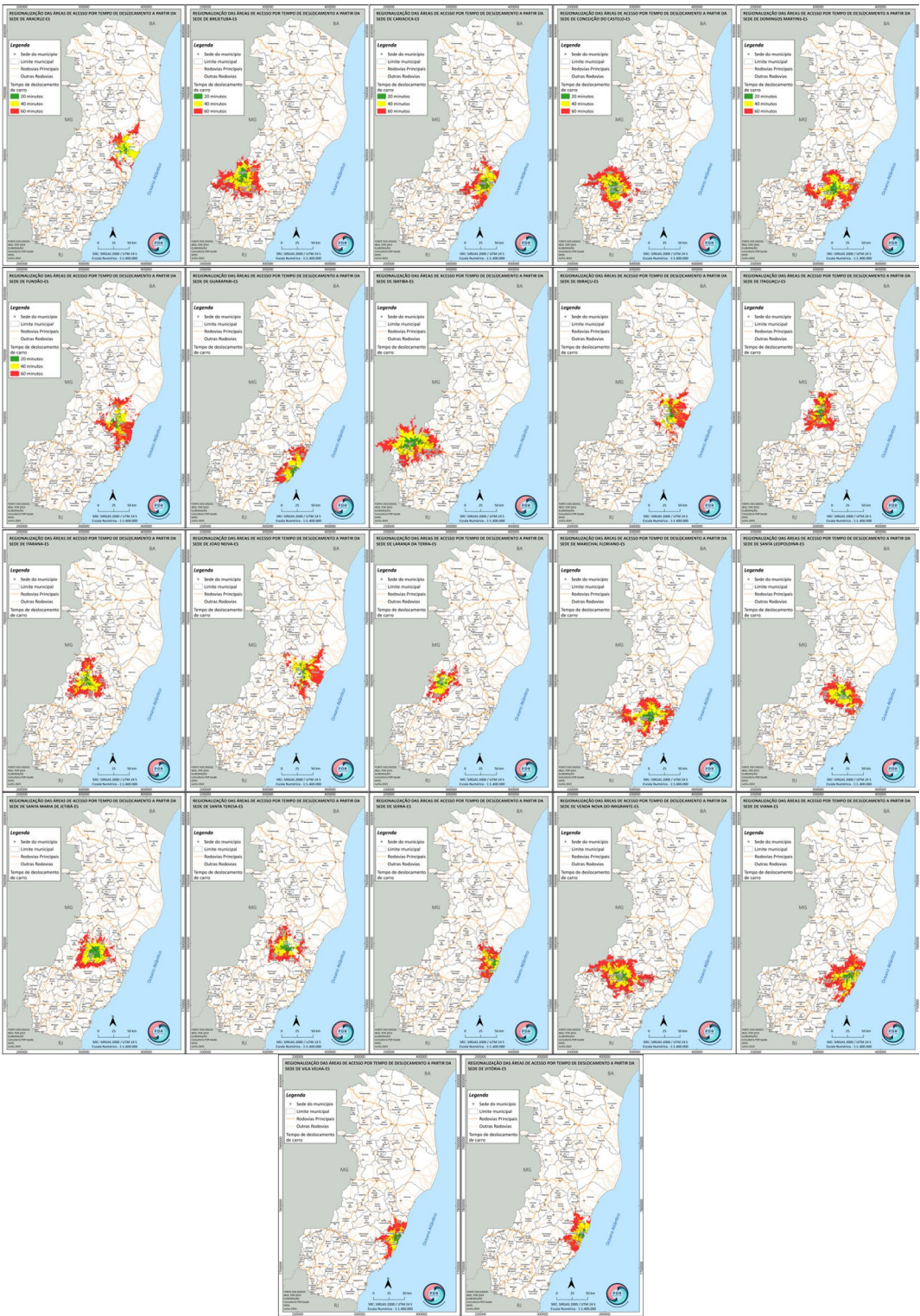
O Censo Demográfico 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), registrou no Espírito Santo uma população de 3.833.712 habitantes, representando a 15ª maior população e a 12ª maior taxa de crescimento entre as Unidades da Federação. Entre os municípios, as maiores e menores taxas de crescimento foram registradas, respectivamente, em Presidente Kennedy (29,86%) e Pancas (-12,32%). Entre 2010 e 2022, 23 municípios perderam população, com Cachoeiro de Itapemirim sendo o que mais perdeu, com 18% do total, seguido por Pancas (12,7%) e Pedro Canário (10,9%). Por outro lado, 55 municípios ganharam população, com Serra apresentando o maior aumento (30,5% do ganho populacional), seguida por Vila Velha (15,7%) e Linhares (7,6%) (IJSN, 2022).

Apesar de todas as Regiões de Saúde do Espírito Santo estarem passando por uma transição demográfica, a perda de população em municípios pequenos traz uma perspectiva preocupante em relação à perda de incentivos financeiros, que têm como base de cálculo a população, como na área da saúde. Além disso, há um reflexo na diminuição da população economicamente ativa, que migra para cidades maiores, contribuindo para a queda da taxa de natalidade, o que impede a reposição populacional, que deve ser igual ou superior a 2,1 filhos por mulher ao longo da vida.

Barreiras de Acesso à Saúde

Em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, modelos conceituais foram desenvolvidos nos últimos anos. Esses modelos destacam que o acesso aos serviços de saúde deve ser analisado à luz dos objetivos das políticas de saúde e das características intrínsecas ao sistema de saúde. Os resultados obtidos a partir da análise do acesso devem ser considerados como fatores que afetam tanto a utilização dos serviços quanto o estado de saúde individual e os comportamentos relacionados à saúde.

Barreiras Geográficas



O espaço é constituído por objetos que podem atuar como conexões ou barreiras, dependendo de sua quantidade e configuração. As rodovias, por exemplo, são objetos que, conforme sua disposição, podem retardar a entrada de um agente etiológico em um território ou tornar a comunicação entre esse território e outros mais lenta ou suscetível a interferências. Considerar como outra o tempo necessário para acessar determinados espaços torna-se uma variável crucial na integração com territórios vizinhos. Em uma abordagem que valoriza a equidade e a fraternidade nos espaços, a distribuição e o acesso devem ser planejados de forma a garantir que todos os indivíduos possam usufruir dessas conexões de maneira justa, promovendo ambientes inclusivos.

Barreiras Culturais

As barreiras associadas aos aspectos culturais referem-se a um padrão integrado de comportamento humano, que inclui pensamentos, comunicações, ações, costumes, crenças, valores e instituições de um grupo racial, étnico, religioso ou social. Essas barreiras exigem dos profissionais de saúde uma atitude que reconheça a diversidade cultural das comunidades e planeje de acordo com as necessidades dos territórios, em uma prática chamada sensibilidade cultural (Cross et al., 1989). Superar essas barreiras não envolve apenas a incorporação crítica de tecnologias materiais, como a eficácia clínica, mas também tem implicações na percepção subjetiva de um estado de saúde precário pelos indivíduos, o que pode ser abordado por meio da Educação em Saúde e da Educação Popular em Saúde.

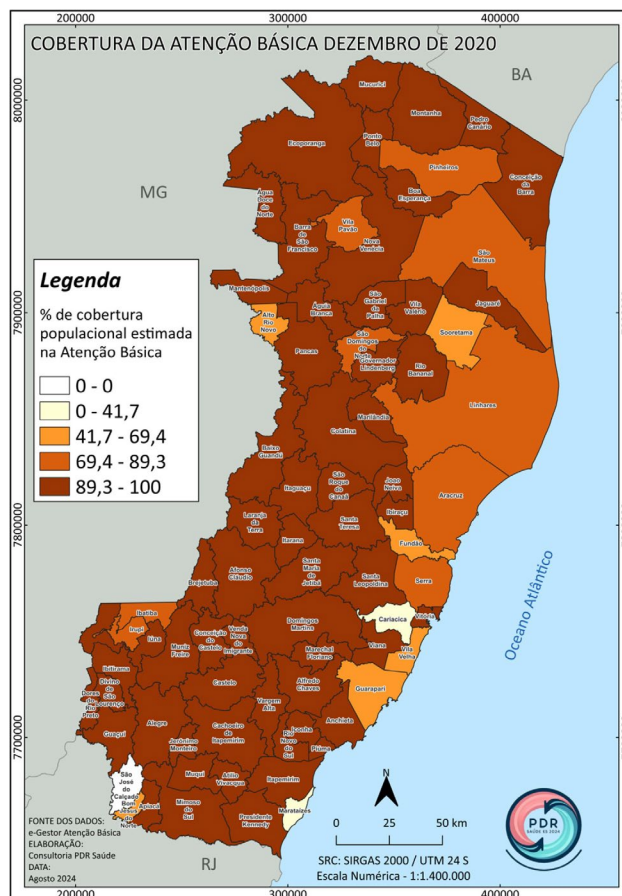
Barreiras Institucionais

As barreiras institucionais referem-se aos obstáculos criados pelas próprias instituições de saúde, que limitam ou negam o acesso da população, impedindo a resolução de suas necessidades em qualquer nível do SUS, seja municipal, estadual ou nacional. Essas barreiras surgem quando as políticas de saúde não são desenvolvidas de acordo com as necessidades das comunidades, resultando em exclusão devido a preconceitos ou favorecimentos dentro das instituições. Exemplos dessas barreiras incluem a falta de acesso, que compromete o direito à integralidade do cuidado, afetando faixas etárias cruciais ao longo do tempo. As análises visam identificar os fatores que condicionam e facilitam o acesso aos serviços de saúde.

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde do SUS, caracterizando-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que inclui a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (PES 2024-2027) onde os princípios universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade devem ser garantidos.

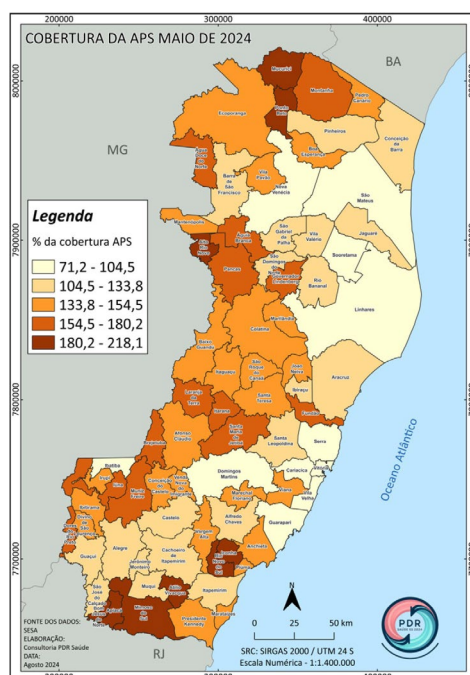
O fortalecimento e a valorização da APS como porta de entrada, coordenadora e ordenada da rede requer esforços de todos: usuários, gestores e profissionais de todos os níveis de atenção em saúde, para que essa consiga assumir sua real capacidade de resolutividade, mas ainda com grande dificuldade de comunicação entre outros serviços na rede hierárquica de assistência, o que a impede de resolver integralmente as necessidades das pessoas.



Dentre os instrumentos da política nacional de saúde, destaca-se o Programa de Saúde da Família – PSF, hoje ESF, criado pelo Ministério da Saúde com o propósito de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (Brasil, 1997).

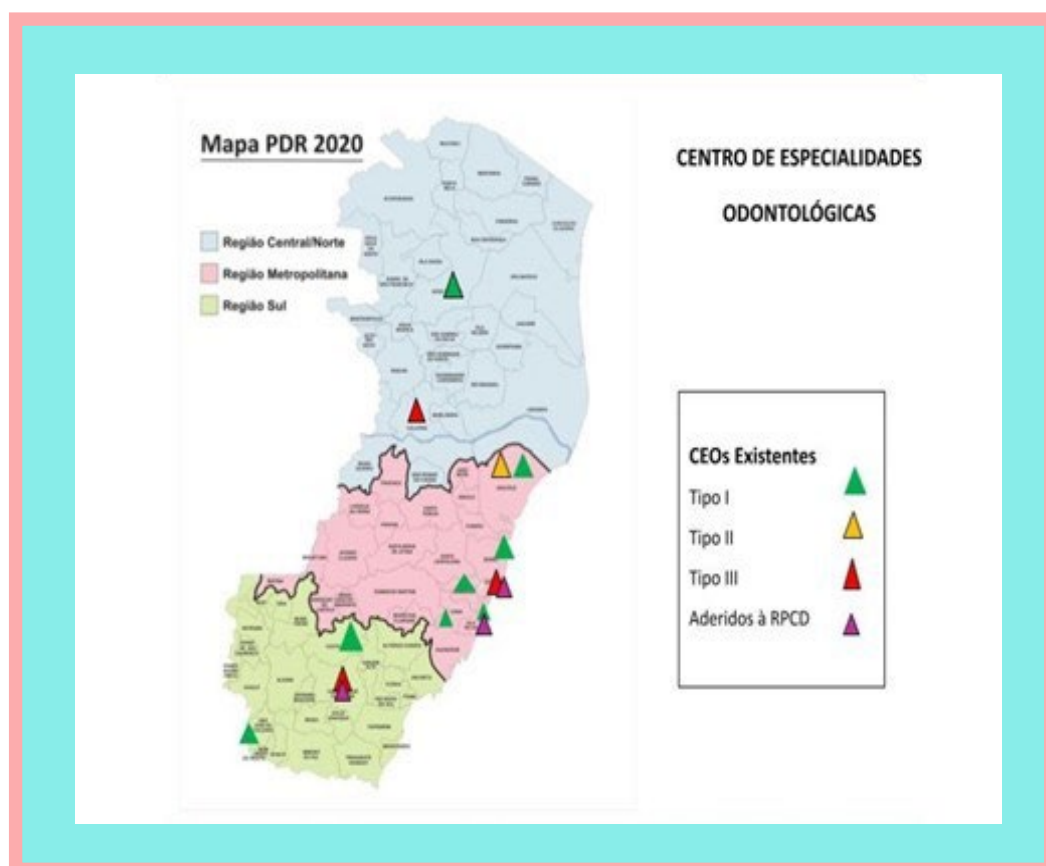
Apesar do aumento de cobertura do acesso a Atenção Primária em Saúde no ES, ainda existe grandes desigualdades quando se utiliza os dados desagregados, que revelam o verdadeiro perfil das populações, descortinando as coberturas rurais e urbanas, com territórios que enfrentam barreiras geográficas e insuficiência de profissionais de saúde.

Ao se utilizar os dados de cobertura calculados a partir da Nota Técnica nº 301/2022-CGESF/DESF/SAPS/MS, onde se leva em consideração variáveis não consideradas em coberturas da APS relacionada as UBS, vamos encontrar coberturas superiores à 100%, de difícil interpretação. O cálculo da Cobertura Potencial da APS, considera equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Primária (eAP), Consultório na Rua (eCR), Ribeirinha (eSFR), de Atenção Primária Prisional (eAPP), tanto aquelas financiadas pelo Ministério da Saúde em âmbito nacional, como as equipes financiadas nos âmbitos estadual, municipal e do Distrito Federal com recursos próprios desses entes.



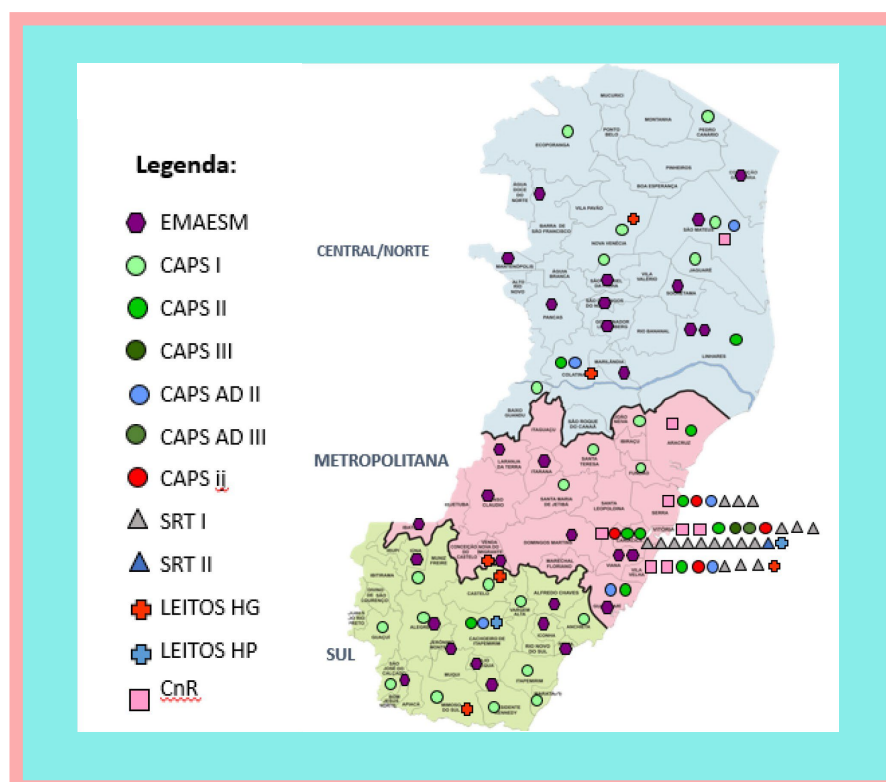
Outra grande dificuldade de acesso por barreira institucional, são os serviços para o cuidado odontológico. Desde os serviços preventivos até os curativos e principalmente de reabilitação.

Existe uma grande necessidade em saúde bucal, aliada a prevenção e promoção da saúde para que os agravos relacionados a saúde bucal não ocorram. Isto deve ser feito na APS, em ambiente físico específico e com profissional qualificado e em todos os ambientes de um território onde se possa levar uma educação em saúde integral, de forma a contribuir significativamente com a melhoria da saúde bucal em todas as faixas etárias. Um grande número de municípios capixabas não tem acesso para completar seu tratamento dentário e garantir a integralidade da saúde. A saúde bucal é importante para o bem-estar, sua autoestima e a saúde geral do seu corpo, proporcionando uma boa mastigação, o que é fundamental para uma boa digestão dos alimentos e uma melhor absorção dos nutrientes.



De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Saúde Mental pode ser considerada um “estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade”, para isso a porta de entrada do SUS deve ter a capacidade de identificar o sofrimento psíquico em dado momento na vida das pessoas e colocá-lo na linha de cuidado.

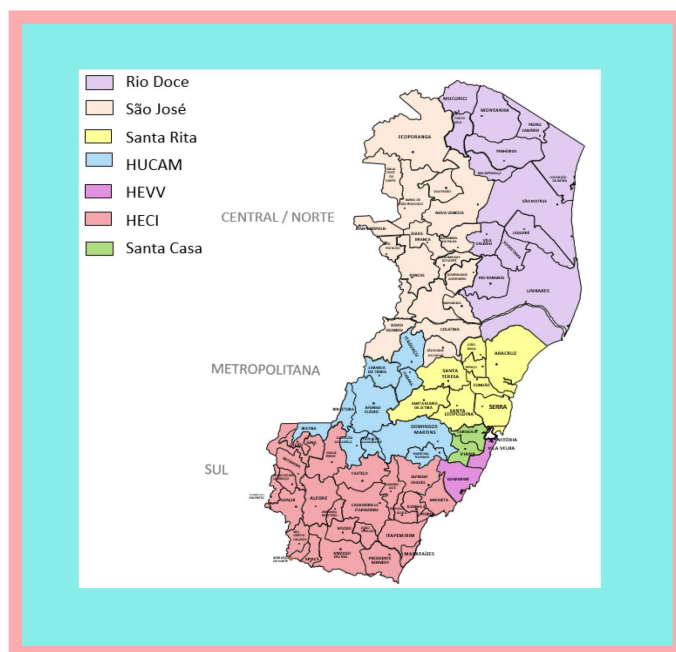
O cuidado psicossocial se estabelece na Rede de Atenção Psicossocial formada por pontos de atenção em diferentes níveis de complexidade que abrangem o cuidado em saúde mental desde a promoção e prevenção até o tratamento intensivo de casos mais severos, assegurando assim o cuidado integral. A negação de acesso pela falta da porta de entrada e ausência de pontos de atenção qualificados tem como consequências as internações psiquiátricas. As pessoas em situações de crise podem ser atendidas em qualquer dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é formada por vários serviços de saúde com finalidades e características distintas.



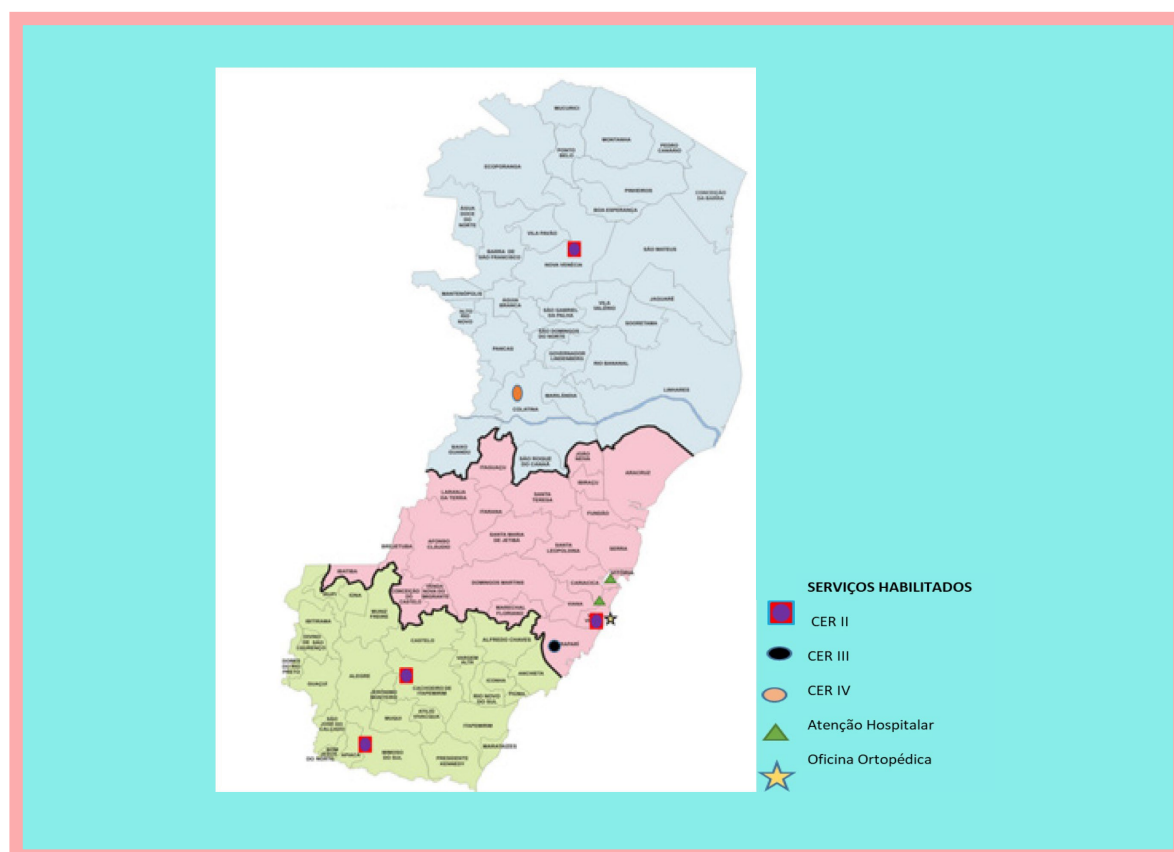
A Rede de Oncologia para atendimento ao adulto no ES conta com 07 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e 01 Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) distribuídos nas regiões de saúde. A referência estadual para câncer infantil é o UNACON do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória – HINSG, em Vitória- ES, referência para todos os 78 municípios do estado (SESA/GEPORAS, 2024).

O tempo de evolução da doença vai determinar os prognósticos na doença oncológica. As taxas de cura são maiores quando a doença está restrita a um órgão (estágio inicial), caem um pouco quando está no órgão e em linfonodos regionais (localmente avançado) e pioram muito quando já está disseminada para outros órgãos (avançado).

Após o diagnóstico 55,5% das pacientes com câncer de mama iniciaram o tratamento depois de 60 dias, no Brasil, o que contraria a Lei 12732/2012, sancionada em 2013, que estabeleceu que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve se iniciar no prazo máximo de 60 após o laudo patológico. A barreira institucional criada pela falta de pontos de atenção especializado para oncologia levam os pacientes, a se deslocarem para outras cidades para fazer tratamento, com impacto grande na vida, na família, nas questões financeiras.



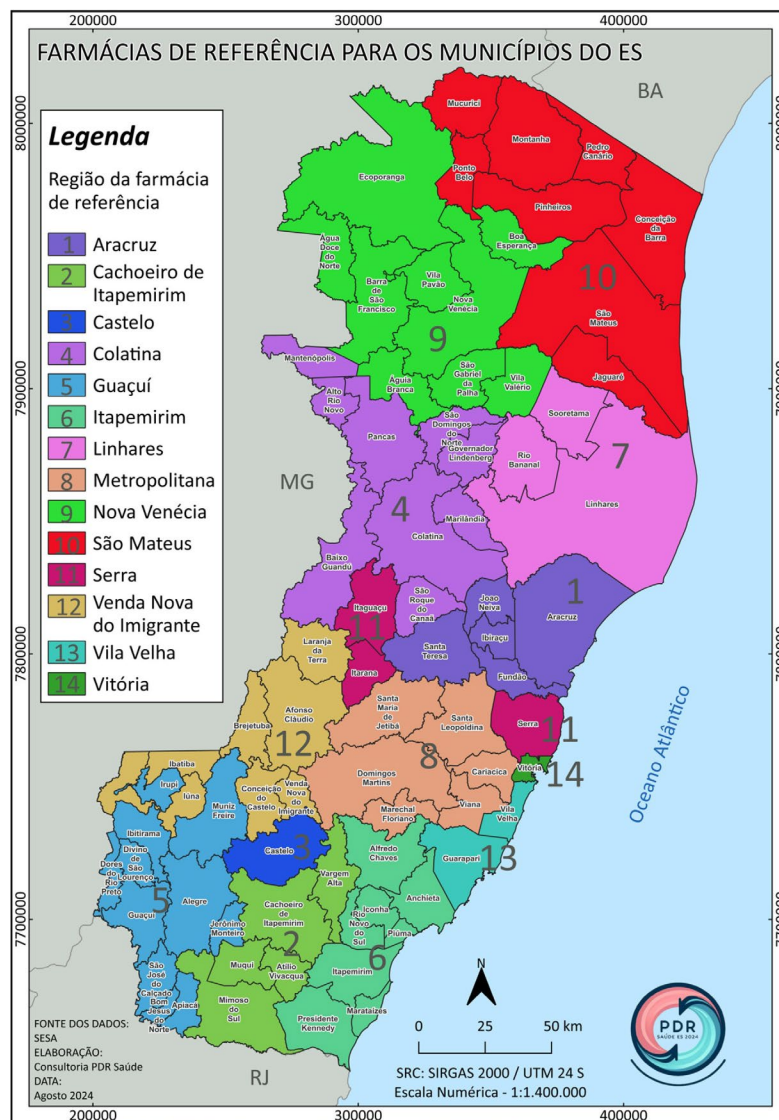
A Constituição de 1988, em seu artigo 23, inciso II, determina que é competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e da garantia das pessoas com deficiência nos mais diferentes campos e aspectos, que se completam na Lei 8080. Na Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde atribui ao setor saúde a promoção de ações preventivas, a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e assim garantir o que está estabelecido como princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS, “à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7.º Incisos I, II, III e IV). Cabe a todos os gestores do SUS aprimorar o direito dessas pessoas. Em 2023 a portaria gm/ms nº 1.526, de 11 de outubro de 2023 - atualizou a política nacional de atenção integral à PCD.



No ES, 47 municípios possuem serviços organizados em Rede de Cuidados para Pessoas com Deficiência (RCPD), 60 % de cobertura territorial, com o grande propósito de dar as mesmas oportunidades para os que precisam de atenção especial para usufruir, em condições de igualdade, da melhor condição de vida, principalmente sua autonomia. Para isso é necessário que os serviços estejam mais próximo dos que necessitam.

Acesso a medicamentos

No Brasil, o que foi denominado de assistência farmacêutica, incluída na Lei Orgânica de Saúde, em seu artigo 6º, como direito, ganhou projeção pública nacional a partir dos anos 2000, quando se ampliaram as decisões judiciais que determinam aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) o fornecimento de medicamentos para alguns cidadãos. Essas ações judiciais, amparadas no direito Constitucional de integralidade das ações e serviços de saúde, de forma universal, justificou muitas demandas, mas deixou de fora da reflexão o propósito da equidade, quando os medicamentos utilizados estão fora das políticas públicas, refletindo no direcionamento único com possibilidade de aumentar iniquidade no acesso às ações e serviços de saúde.



Para se garantir a integralidade do acesso as ações de saúde, o projeto terapêutico para os indivíduos adoecidos deve obedecer às mesmas regras da universalidade e da integralidade não esquecendo a responsabilidade de gestores na busca das melhores estratégias. Os medicamentos do componente básico (CBAF) são adquiridos e dispensados pelos municípios e seu financiamento é feito pelo município, estado e governo federal.

Os medicamentos disponíveis nas Farmácias Cidadãs Estaduais pertencem ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) que consiste em garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, das linhas de cuidado que estão definidas pelo MS. São dispensados nas 14 unidades de farmácias cidadãs estaduais, sendo 04 farmácias de grande porte (que atendem

em média 550 pacientes/dia), 05 de médio porte (que atendem em média 300 pacientes/dia) e 05 farmácias de pequeno porte (que atendem em média 200 pacientes/dia). Em 2022, as farmácias cidadãos atenderam 119 mil pacientes com o índice médio de cobertura dos itens padronizados de 96%.

A complexa capacidade resolutiva do cuidado em saúde

Garantir resolubilidade é um compromisso complexo, que depende das variáveis multicausais da qualidade de vida, isto é, variáveis demográficas, epidemiológicas e socioculturais etc., e essas variáveis determinam qual processo de adoecimento é construído na interação de todas as variáveis a que uma comunidade está exposta. As necessidades de saúde impõem aos serviços ampla forma de organização, muitas vezes em contextos político-institucionais adversos, que desafiam ou impedem a capacidade resolutiva e a equidade.

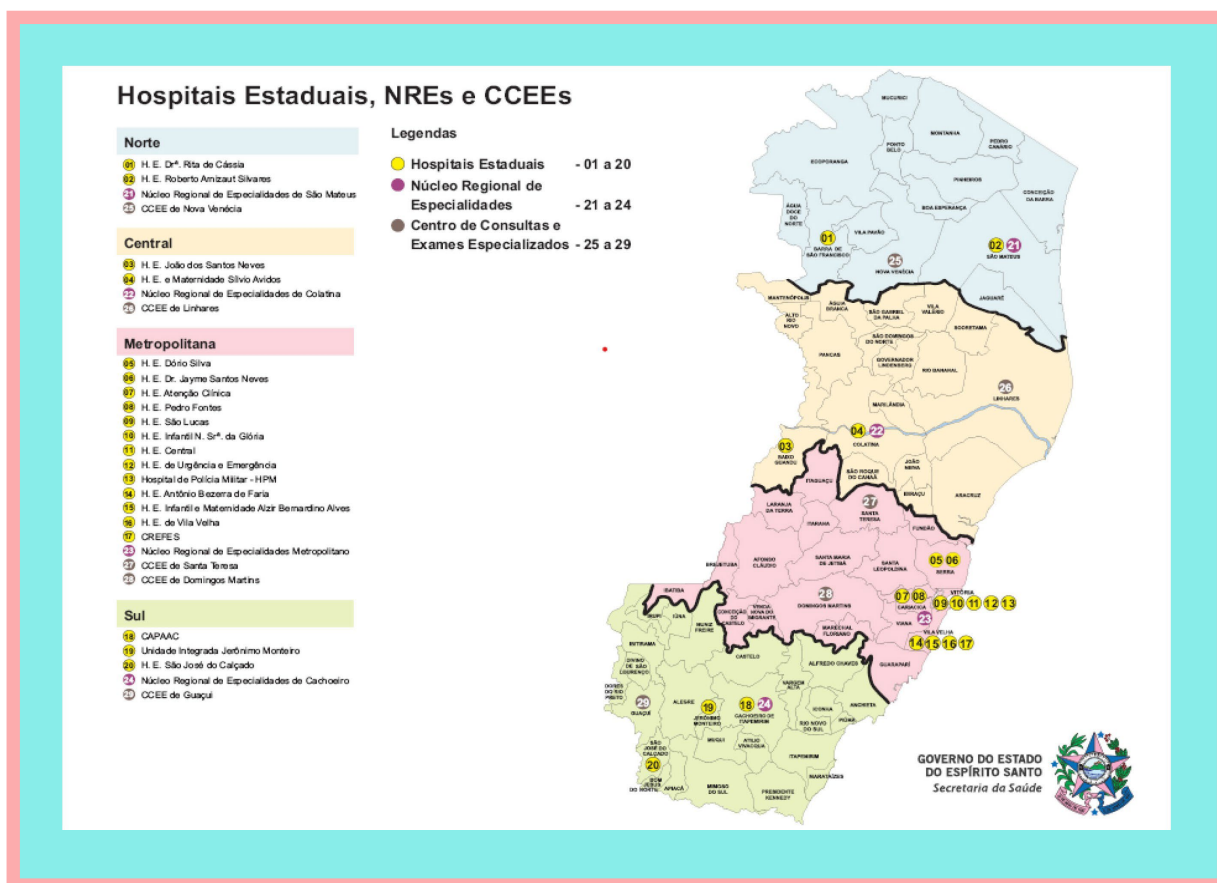
Essas questões são ainda mais expressivas quando se reconhece que a insuficiência de serviços na atenção especializada pois a oferta de consultas e Serviços de Atenção de Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de média complexidade ainda representa desafios para acolher a necessidade demandada pela população. As filas de espera por consultas médicas especializadas, exames e procedimentos eletivos, se constituem como um dos principais desafios dos Governos Estadual e Municipais. Demanda, por vezes, mal qualificada na Atenção Primária que ainda se organiza no modelo biologicista, não exercendo seu papel político de reorientar o Modelo de Atenção para o SUS, tornando-o mais efetivo (Starfield, 2002).

Para que a integralidade da atenção se qualifique, os serviços da APS necessitam do acesso a exames complementares e especialistas, em tempo oportuno. No ES, a atual Política Estadual para Reorganização da Atenção Especializada a partir da APS, acontece por meio da organização e oferta de Carteiras de Serviços em 15 Microssistemas Regionais de Saúde.

A organização dos serviços e ações da APS e sua integração aos outros níveis de atenção é ponto central para a garantia da integralidade do cuidado. A oferta de serviços de saúde nos espaços microrregional e regional está condicionada à capacidade instalada, recursos financeiros, mas também, de pactuação entre gestores em face das dificuldades para a consolidação desse espaço regional como pilar para estruturação e organização dos serviços de saúde em “redes assistenciais integradas”.

A organização dos serviços regionais em redes mostra, pelo menos em parte, os importantes vazios assistenciais, que são: a dimensões política, a estrutura e a organização. Aqui destaca-se a estrutura que é traduzida na disponibilidade e suficiência de recursos humanos, físicos, financeiros e as formas de contratação de recursos humanos, serviços e exames complementares presentes na política de regionalização. A dimensão organização, por sua vez, pretende identificar o planejamento, a gestão, os instrumentos de monitoramento e avaliação, além da integração entre serviços e a coordenação do cuidado pela APS.

A situação se torna ainda mais complexa em municípios com dispersão populacional, que cria dificuldades adicionais de acesso a serviços básicos de saúde, os quais precisam estar disponíveis em local que seja o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. Pois quanto menor a densidade populacional do município, mais difícil se torna a oferta de média e alta complexidade, sendo maior o gasto per capita em saúde e pior o acesso aos serviços. Ainda relacionado a barreira institucional de acesso, são os locais desprovidos de estabelecimentos de saúde o que caracteriza as áreas de vazios assistenciais.



Etnias

Apesar das diferenças fenotípicas (cor dos olhos, da pele, cabelos etc.), as diferenças genéticas que existiam entre as etnias, serão mais precisamente identificadas ao se manterem isoladas dos demais grupos, o que no campo da saúde, as características genéticas trazem a probabilidade para determinadas doenças.

Quilombolas no ES

De acordo com o Censo Quilombola 2022 do IBGE, São Mateus e Conceição da Barra, no Norte do Espírito Santo, são as cidades que têm maior população

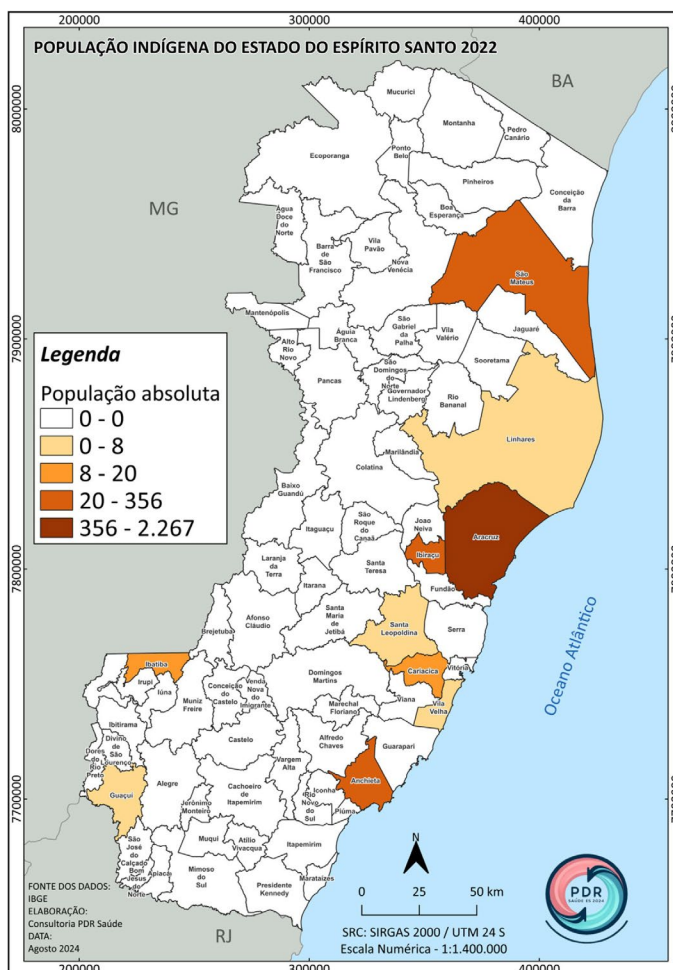
O censo 2022 demonstrou ainda que 90% dos quilombolas em territórios delimitados convivem com precariedades no saneamento básico, mas mantem a cultura preservada de sua ancestralidade e traços genéticos especiais, que garantem seu aparecimento quanto mais fechadas forem as comunidades, com casamentos entre seus membros, o que se traduz pelo aumento de doenças de características genéticas e hereditárias como por exemplo a Anemia falciforme e a Hipertensão arterial, Diabetes mellitus e Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase — Afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo, frequência é relativamente alta em negros americanos (13%) e que resulta na destruição dos glóbulos vermelhos, levando à anemia hemolítica. É distúrbio genético ligado ao cromossoma X (MS, 2017).



Indígenas

O Espírito Santo possui 18 localidades indígenas, distribuídas em quatro municípios: Aracruz; Anchieta; Divino de São Lourenço; e Linhares. Somente o município de Aracruz concentra 15 destas localidades e os demais municípios com apenas uma localidade.

A política de saúde para esses indígenas é coordenada pela SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), que é responsável pela atenção primária, coordenada pelo Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI-MG/ES). O Estado e o Município de Aracruz atuam de forma complementar na Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto a atenção secundária e terciária fica sob a responsabilidade do município e do estado, respectivamente.



Pomeranos

Os primeiros imigrantes pomeranos chegaram no Espírito Santo em 1859, perfilando vários municípios com quantitativo expressivo de pomeranos. Segundo Manske (2015), atualmente os municípios do Espírito Santo em que se estabelecem os descendentes de pomeranos de forma mais representativa são: Santa Maria do Jetibá, Santa Leopoldina, Domingos Martins, Santa Tereza, Itarana, Laranja da Terra, Afonso Claudio, Baixo Guandu, Colatina, Pancas, São Gabriel, Barra do São Francisco, Vila Valério e Vila Pavão.

A maior colônia pomerana do mundo está no Espírito Santo, são cerca de 140 mil pessoas e o município de Santa Maria do Jetibá, localizado na região serrana do estado é considerada a cidade mais pomerana do Brasil. Pelos hábitos e características genéticas destas populações estão expostas agravos com algumas diferenças da população geral, principalmente direcionadas aos cânceres de pele.

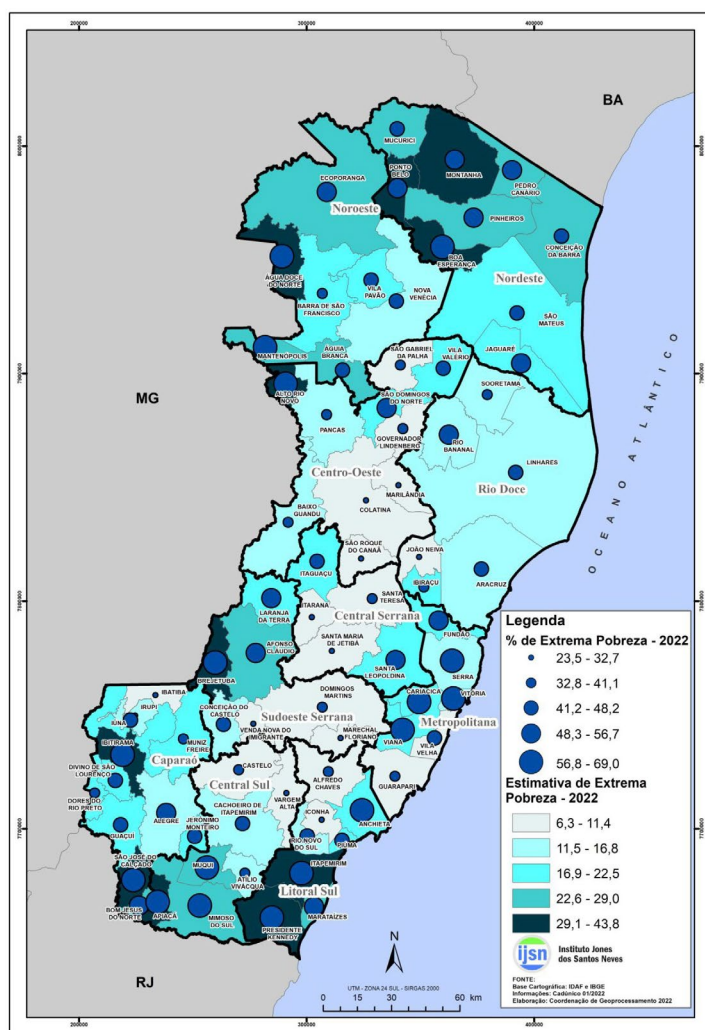
Italianos

Os Italianos no ES estão distribuídos em muitos municípios sendo o de maior identidade italiana é o município de Santa Tereza. Outros municípios distribuídos ao norte quanto ao sul, mantem famílias de descendência Italiana, com preservação da cultura dos ancestrais em grandes famílias como em Colatina, Venda Nova do Imigrante, Fundão, João Neiva, Ibirapu, São Gabriel da Palha, Marilândia, Iconha, Alfredo Chaves, São Roque do Canaã, Muniz Freire, Vargem Alta, Castelo com riscos acentuados para cânceres de pele, devido a exposição ambiental pelo trabalho.

Segundo o Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN) o número de famílias cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) no Espírito Santo, em 2022, corresponde a 497.789 famílias, com aumento de 46.135 famílias a mais na pobreza ou extrema pobreza se comparado ao ano de 2021.

O estudo utilizou indicadores construídos com base nas informações contidas no Cadastro Único que subsidiam Programas Sociais do governo federal (Cadastro Único, base: janeiro de 2022). Este cadastro é um instrumento fundamental para a identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda e seleção de beneficiários de programas federais e estaduais, que tenham renda familiar per capita de até meio salário-mínimo ou renda familiar de até 03 salários-mínimos. Ao se registrar um município com muitas famílias empobrecidas ou abaixo da linha de pobreza estamos diante do fator principal da iniquidade que leva a uma cadeia de eventos perversos tendo como resultado a exclusão.

O programa de transferência de renda Auxílio Brasil do Governo Federal, considera que estão em situação de extrema pobreza as famílias com renda familiar mensal per capita inferior a R\$105,00 e em situação de pobreza as famílias com renda mensal per capita entre R\$ 105,01 e R\$ 210,00.



A análise dos dados de pobreza por raça/cor, revela que no Espírito Santo a proporção de pessoas com renda per capita inferior a linha de pobreza, os Negros apresentaram 77,6%, brancos 69,5% e indígenas 64,0. Dentre as pessoas inscritas no CadÚnico, a distribuição por raça/cor, aferida por autodeclaração 72,4% se autodeclararam negros, 26,8% brancas e 0,8% outra. A categoria negra, corresponde ao somatório de pretos e pardos.

Além da questão da pandemia, a instabilidade política e econômica no Brasil nos últimos anos concorreu para aumentar as desigualdades sociais no país e, em

especial, a pobreza e a insegurança alimentar¹ e nutricional, tornando ainda mais pobres os brasileiros que já estavam vulneráveis.

Em 2020, em consequência do pagamento do Auxílio Emergencial (AE) o percentual de pobres diminuiu pouco acima da redução observada na média das Unidades Federativas, fazendo com que o ES avançasse para a 10ª posição, em 2020, retornando para a posição anterior, em 2021, quando o AE parou de ser transferido.

No que diz respeito à pobreza no Brasil, a questão mais dramática refere-se ao recorde alcançado nesse século, quanto ao maior nível de insegurança alimentar. De acordo com dados do II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, realizado pela Rede PENSSAN, 125,2 milhões de pessoas estavam em situação de insegurança alimentar e mais de 33 milhões de pessoas passaram fome em 2021 - (IJSN,2023).

Pobreza e extrema pobreza na primeira infância

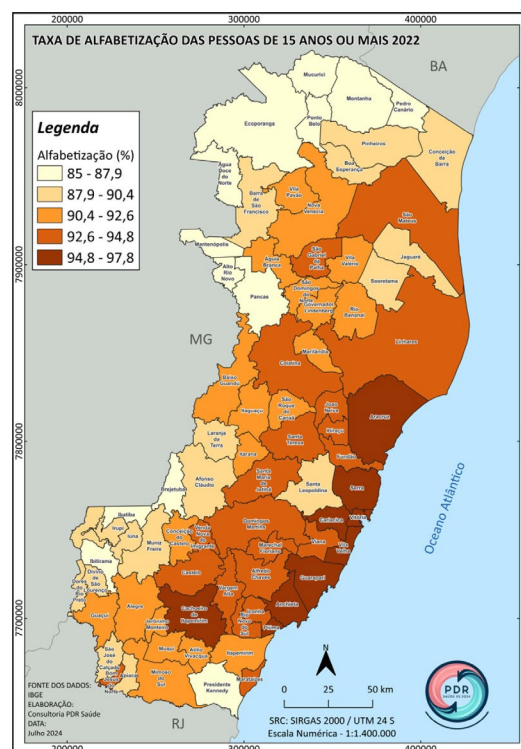
Os 6 primeiros anos de vida, é considerada uma faixa etária prioritária para políticas públicas que diminuam a vulnerabilidade das crianças, minimize as doenças e melhorarem o desempenho educacional para o futuro. O cuidado no período de zero a seis anos é fundamental porque constitui o período sensível para a formação de habilidades estruturais, que representa o período de tempo em que as crianças desenvolvem as habilidades chamadas cognitivas, de adquirir conhecimentos e desenvolver emoções, por meio do raciocínio, percepção, linguagem, memória, entre outros, as quais são determinantes para resultados e qualificações em idades posteriores, como o desempenho escolar, controle das emoções, habilidades

¹ Segurança alimentar: os moradores do domicílio têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente; Insegurança alimentar leve: Apresentam comprometimento da qualidade da alimentação em detrimento da manutenção da quantidade percebida como adequada; Insegurança alimentar moderada: apresentam modificações nos padrões usuais da alimentação entre os adultos concomitante à restrição na quantidade de alimentos entre os adultos; Insegurança alimentar grave: são caracterizados pela quebra do padrão usual da alimentação com comprometimento da qualidade e redução da quantidade de alimentos de todos os membros da família, inclusive das crianças residentes neste domicílio, podendo ainda incluir a experiência de fome.

sociais e etc. (GRANTHAM MCGREGOR et al., 2007). Os dados do Cadastro Único apontam que no Espírito Santo 24,0% das famílias cadastradas possuem ao menos uma criança na primeira infância. Dessas famílias, 92,8% possuem renda familiar per capita inferior a linha de pobreza e 67,6% possuem rendimentos inferior a extrema pobreza o que ameaça as crianças no seu desenvolvimento.

Analfabetismo

O analfabetismo como um dos exemplos mais graves de exclusão educacional e social. Se considerarmos o acesso à educação formal como a possibilidade de ter contato com o conhecimento científico, a literatura, a filosofia, a arte, enfim, com a linguagem escrita como forma de expressão e comunicação, então não saber ler e escrever significa não dispor dos recursos de interação com o "mundo civilizado" da sociedade ocidental capitalista.



No estudo de Ricardo Paes de Barros, economista-chefe do Instituto Ayrton Senna e professor do INSPER, a partir dos dados do Censo Educacional, do Censo Brasileiro e outras informações do Brasil, mostrou o impacto da não alfabetização na saúde, nos ganhos financeiros e no planejamento familiar de cada indivíduo e de sua família. Entre os alfabetizados, a probabilidade de ter uma boa saúde aos 35 anos é de 67%, enquanto entre os não letrados, é de 56%. A partir da construção de um indicador de qualidade de vida, foram analisados homens de 35 anos, em 2 grupos, que largaram a escola alfabetizados e antes de serem alfabetizados. As chances de o primeiro grupo praticar esporte – o que contribuiria para a manutenção da boa saúde – é mais do que o dobro em relação ao segundo grupo (45% entre aqueles que foram alfabetizados e 21% entre os que não foram).

A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) orienta que a alfabetização ocorra entre o 1º e o 2º ano do ensino fundamental. Mais de 10 milhões de brasileiros com 15 anos de idade ou mais não são alfabetizados.

Condições de Vida e Saúde

Saneamento e Direitos Humanos

No relatório, da Organização das Nações Unidas (ONU), quinquagésima quarta sessão, e 11 de setembro de 2023 com o tema “Realizar os direitos humanos das pessoas que vivem na pobreza e restaurar a saúde dos ecossistemas aquáticos” traz uma reflexão sobre exploração e a poluição dos ecossistemas aquáticos, que repercutem no acesso à água potável, especialmente para as comunidades mais pobres e para aqueles que sofrem marginalização e discriminação.

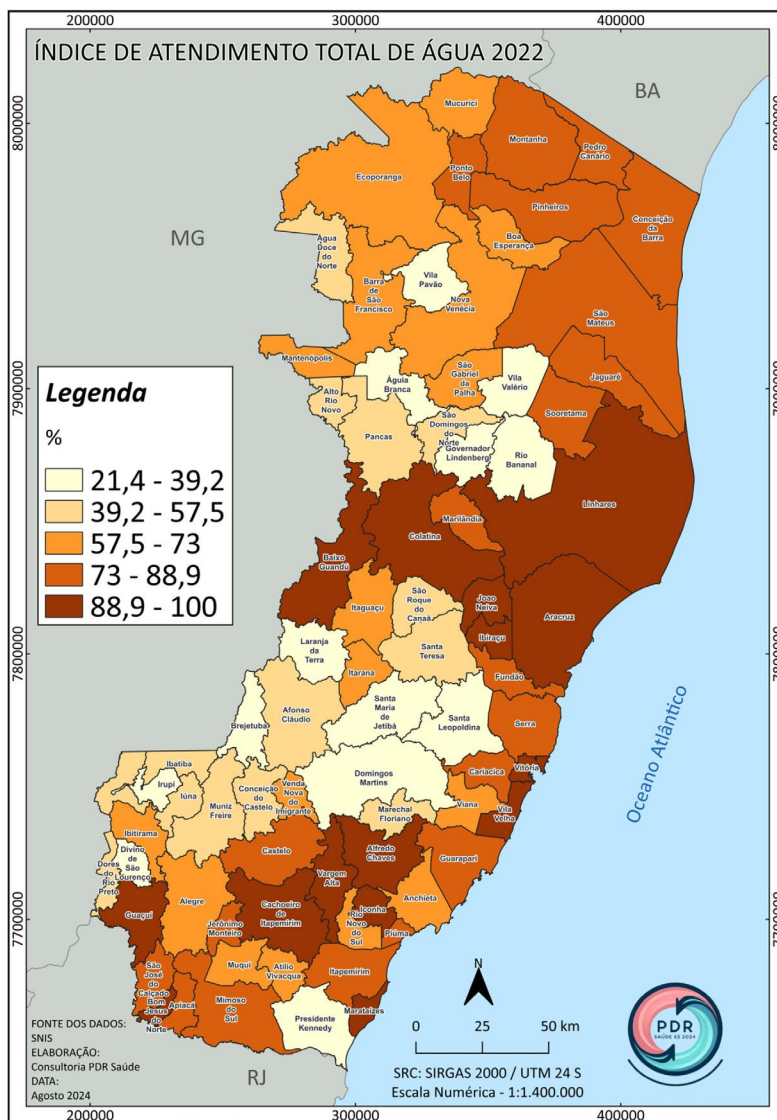
De acordo com o censo 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e em projeto “IJSN no Censo 2022”, que se baseia nos dados deste censo, o saneamento básico teve um avanço no estado. O Espírito Santo se destaca por apresentar um percentual de 84,3%, acima do resultado nacional

(83,9%). Vitória é a capital brasileira com maior percentual (99,52%), seguida por Vila Velha, Cariacica, Piúma e Serra, que formam os cinco municípios capixabas com maior percentual de domicílios que contam com abastecimento através da rede geral de água. A água da torneira é muitas vezes insegura para beber, quando as fontes estão contaminadas e o tratamento não consegue retirar todas as impurezas por esgoto e água residuárias.

Água e Saúde

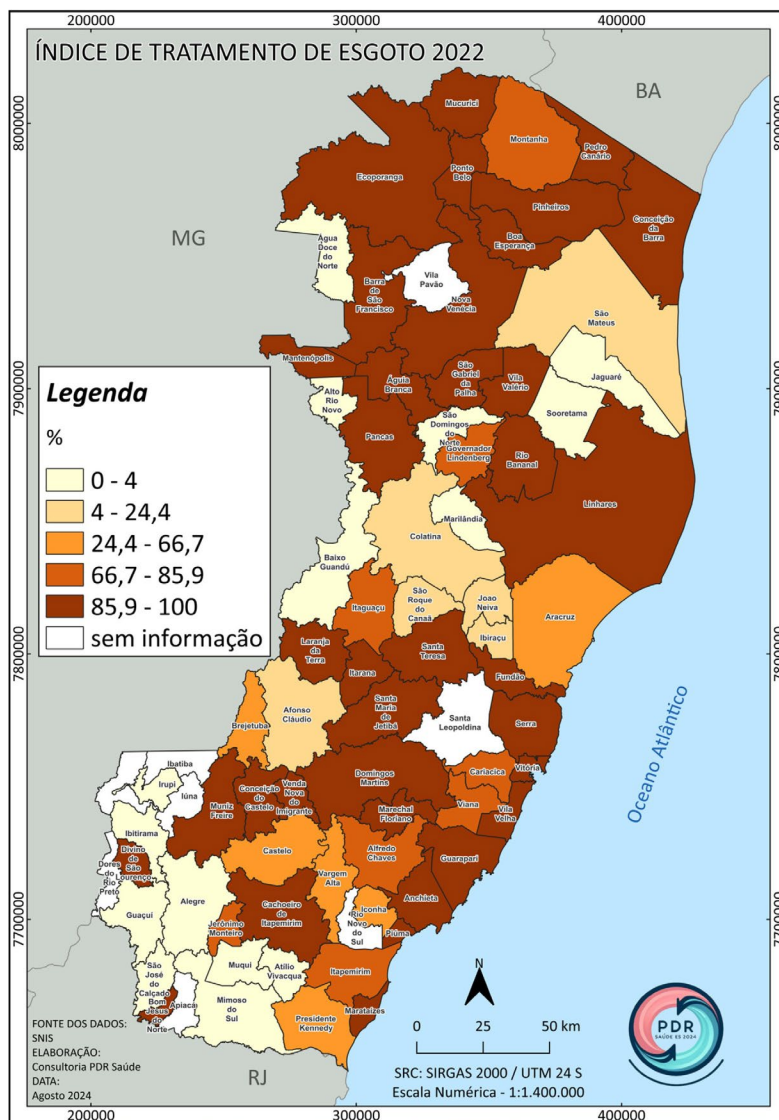
A água potável segura e o saneamento adequado são fundamentais para a qualidade de vida das pessoas. Em novembro de 2002, o Comité das Nações Unidas para os Direitos Económicos, sociais e Culturais, admitiu no seu comentário geral Nº 15 sobre o direito à água afirmando que: “O direito humano à água prevê que todos tenham água suficiente, segura, aceitável, fisicamente acessível e a preços razoáveis para usos pessoais e domésticos”.

A água deve ser segura, sem microrganismos, resíduos tóxicos ou contaminantes radioativos. Quando contaminada por agentes infecciosos é responsável por epidemias explosivas, helmintíases, hepatite infecciosa, doenças diarreicas em geral provocadas por vírus e bactérias, principalmente nas crianças. O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) prevê um conjunto de ações que devem ser implementadas pelos gestores de saúde, nas diferentes esferas de governo, para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente.



Esgoto - ameaça à saúde e ao ecossistema

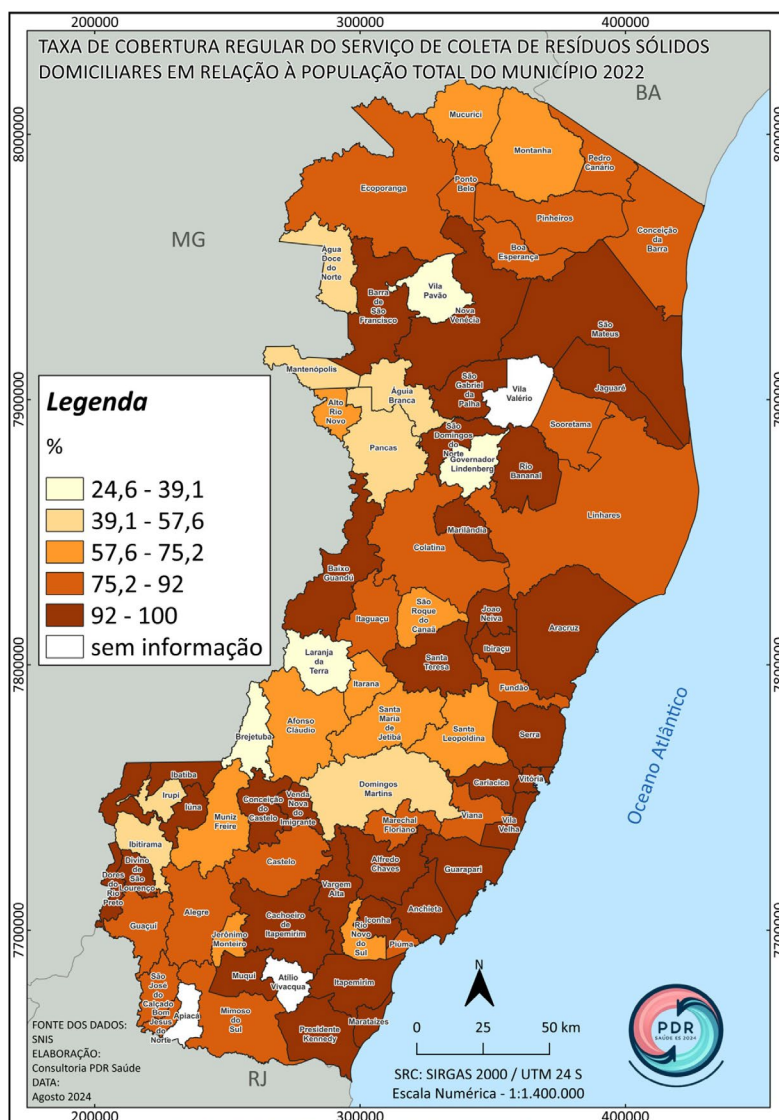
Os principais prejuízos sofridos pela população que não tem os serviços de coleta e tratamento de esgoto são principalmente as doenças de veiculação hídrica, já que os dejetos estão diluídos nas águas servidas das residências e jogadas como esgoto in natura em riachos, valas e córregos. Muitos micro-organismos (protozoários, vírus, bactérias e parasitas) estão presentes e tem sua proliferação favorecida. Também o meio ambiente é afetado com a poluição do esgoto não tratado, tanto das residências quanto das indústrias, jogado em rios e lagos, levando desequilíbrio do ecossistema local e morte dos seres vivos devido a eutrofização.



Lixo – resíduos sólidos

Os resíduos sólidos, lixo, constituem-se de todo material descartado produzido, diariamente, na sociedade. Eles podem ser encontrados nos estados sólido, líquido e gasoso. Atualmente, os resíduos sólidos configuram um dos maiores problemas ambientais em todo o mundo, com montanhas e mares formados por resíduos não degradados naturalmente. A criação de novas cidades e o desenvolvimento das áreas urbanas vêm colaborando para o aumento do lixo, impactando negativamente no meio ambiente e gerando cenários deprimentes, além da diversidade de substâncias potencialmente tóxicas que contaminam o solo e água subterrânea, e os efeitos na saúde das populações quando transformados em criadouros de vetores de doenças (Gouveia, 2012).

O complexo desafio na gestão de resíduos sólidos, depende da formulação de políticas públicas que objetivem eliminar os riscos à saúde e ao ambiente, que colaborem na amenizar as mudanças climáticas relacionadas à ação humana e ao mesmo tempo, garantam a inclusão social e um ambiente saudável.



Agravos e injúrias

Sob a denominação de agravos a saúde estão incluídos os danos a integridade física, mental e social dos indivíduos, provocados por doenças ou circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesões auto ou heteroinfligidas (Blank, 2022). As Injúrias muitas vezes, podem ser definidas como agravos, mas em alguns artigos científicos vamos encontrar a definição de injúria como lesões não intencionais, que podem se transformarem em prejuízo físico permanente ou morte precoce nas crianças e adolescentes, como queimaduras, atropelamentos e espancamentos. A UNICEF Brasil em seu Relatório de 22 de outubro de 2022, traz o número das injúrias que embora o maior número de vítimas de mortes violentas esteja na adolescência, é importante olhar também para as mortes violentas de crianças, principalmente até os 9 anos. Em 2020, primeiro ano da pandemia de covid-19, foram 213 crianças dessa faixa etária, mortas de forma violenta, dentro de casa.

Violência contra as mulheres

A violência contra as mulheres se constitui como uma violação de direitos humanos e pode se configurar de diferentes formas, tais como: violência doméstica, psicológica, moral, física, sexual, patrimonial, tráfico de mulheres, assédio sexual etc. Segundo a OMS, a violência por parte de parceiros e a violência sexual, é um grande problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres e esta não se constrói apenas uma vez, mas sim pela vitimização contínua, com várias formas de abuso, que aumentam em frequência e intensidade (BORIN 2007 apud: FARIAS et al, 2015).

No ano 2023, na publicação da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSRDS), um total de 21607 mulheres sofreram violência doméstica no ES. Sendo que as maiores incidências ocorreram nas cidades de maior concentração populacional, Vila Velha com 2225 ocorrências, Serra com 2187, Cariacica com 1842, Vitória com 1398, seguidas das cidades polos das Regiões (SESP/ES, 2024).

As mortes qualificadas como feminicídios (mortes intencionais e violentas de mulheres em decorrência de seu sexo) neste mesmo ano, totalizaram 62 mortes e tem sua ocorrência nos municípios de Serra (8 mortes), São Mateus (5 mortes), Vila Velha (5 mortes), Vitória (4 mortes), Cariacica (4 mortes), Colatina (3 mortes), Aracruz (2 mortes) e Ecoporanga (2 mortes).

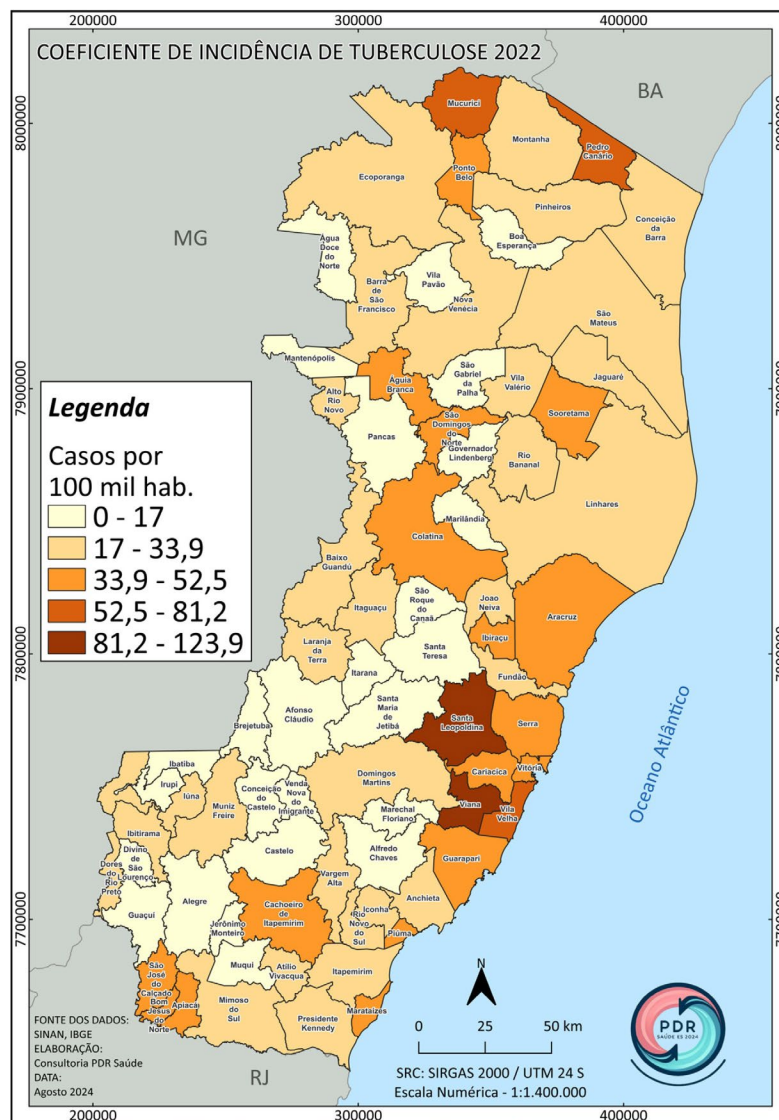
Estupro

Previsto no art. 217-A do Código Penal, o crime de estupro de vulnerável se configura, em três hipóteses: quando há conjunção carnal (sexo) ou prática de outro ato libidinoso com menores de 14 anos. Aqui, basta que a vítima tenha menos de 14 anos para que se configure o crime. Importante destacar que, a rigor, mesmo que a vítima deseje o ato sexual, ainda assim, o crime estará consumado; quando há conjunção carnal ou a prática de outro ato libidinoso com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato.

De acordo com a SSODS/ ES, em 2023 ocorreram 1521 casos de estupros, sendo que 1130 foram estupros de vulneráveis. Os municípios em que mais ocorrem casos classificados como estupros foram, Serra (236 casos), V.Velha (165 casos), Cariacica (159 casos) Linhares(99 casos).

Tuberculose

A tuberculose é uma doença bacteriana, transmitida pelo Bacilo de Koch, de transmissão interpessoal por gotículas de saliva. Se destaca nas cidades e regiões metropolitanas onde existe aglomerados urbanos e pobreza. No Espírito Santo, no ano 2023 foram notificados 987 casos novos de tuberculose, doença de adultos com maior número de casos em homens, nas faixas etárias de 30 a 50 anos, não poupando nenhuma faixa etária. Na grande maioria dos casos, a doença se localiza nos pulmões podendo apresentar-se com formas extrapulmonares.

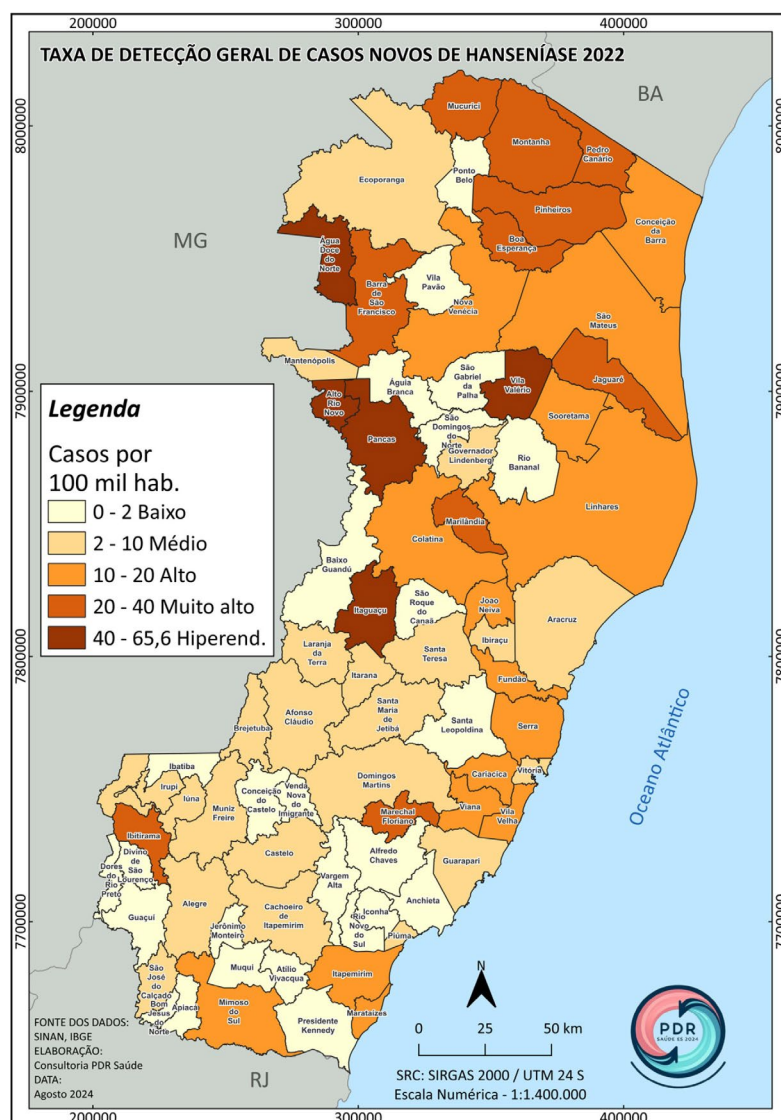


Os Municípios de Santa Maria de Jetibá e Afonso Claudio estão fora do padrão observado na tendência estadual com um número de casos notificados de 220 e 231 respectivamente, provavelmente uma questão de técnica de envio de casos acumulados.

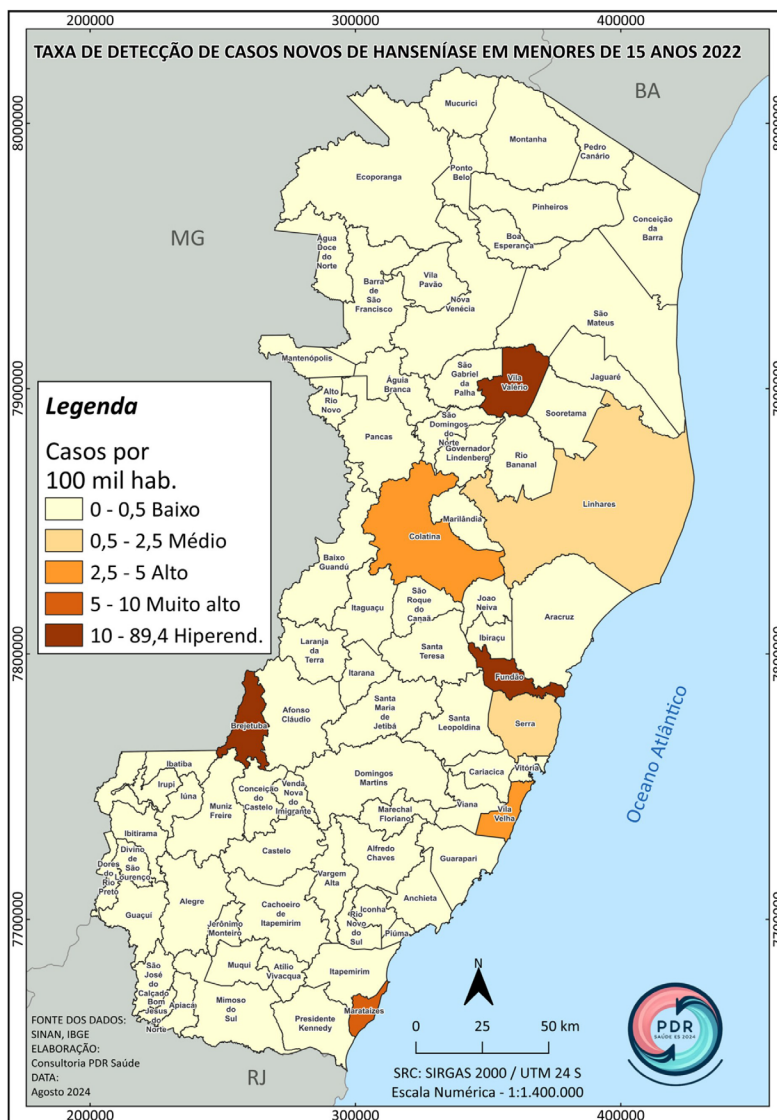
Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica e com a tuberculose caracteriza as grandes endemias brasileiras. O Brasil é o segundo país do mundo em número de casos, atrás da Índia. E é o primeiro em incidência, ou seja, tem maior proporção de casos novos, quando se compara o número de doentes e o tamanho da população. Os

casos podem ser diagnosticados em vários estágios da doença, sendo mais grave quando detectados apresentando sequelas muitas vezes incapacitantes por lesão neurológica.



O bacilo *Mycobacterium leprae* é transmitido por meio de gotículas de saliva eliminadas na fala, tosse e espirro, em contatos próximos e frequentes com doentes que ainda não iniciaram tratamento e estão em fases adiantadas da doença. Um dos aspectos de gravidade na propagação da doença é a presença de casos em indivíduos menores de 15 anos cuja contaminação, provavelmente se deu em momento precoce da vida.

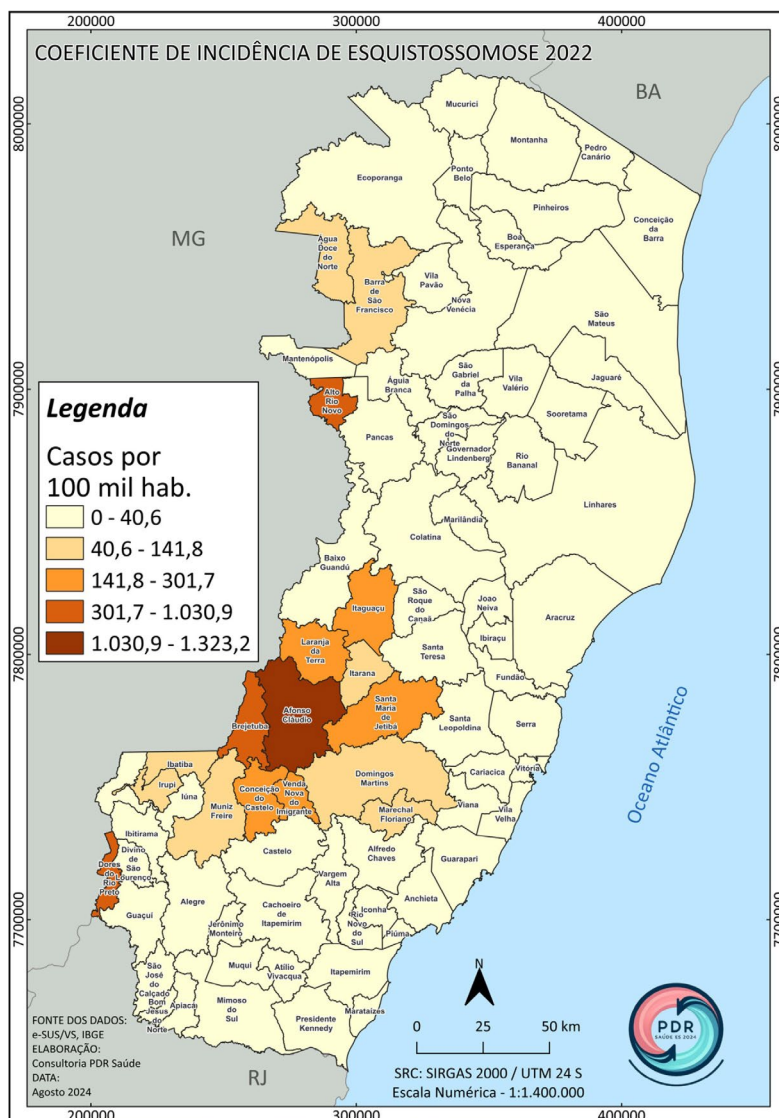


Esquistossomose

A esquistossomose está presente no Brasil em 19 unidades federadas, mas são áreas com transmissão endêmica Estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Espírito Santo e Minas Gerais. No ano de 2023, foram notificados 987 casos de esquistossomose, no ES, sendo que em alguns municípios os casos caracterizam alta endemicidade, que se traduz pela constância de grande número de casos.

A doença está diretamente relacionada ao saneamento precário, causada pelo *Schistosoma mansoni*. A pessoa adquire a infecção quando entra em contato com coleções de água doce onde existam caramujos infectados pelos vermes. Nas condições de esgotos não tratados e a falta de tratamento dos indivíduos

contaminados, favorece a contaminação das águas e dos caramujos, onde se passa uma fase do parasito, que se torna viável para infectar outros indivíduos. A doença pode passar sem sintomas e transformar-se uma doença crônica, grave e sem possibilidade de tratamento. Na região metropolitana são os municípios de maior número de casos são Afonso Claudio e Santa Maria de Jetibá com respectivamente 231 e 220 casos notificados.



Sífilis Congênita

A sífilis congênita está presente nos recém-nascidos, a partir da infecção por via placentária, de mães contaminadas ou contaminadas que foram tratadas inadequadamente. No ano 2023 foram notificados 791 casos no ES, sendo que na região na Região Metropolitana ocorreram 67,4 % dos casos, seguido da Região

Sul com 28,5% dos casos, Região Central com 7,7 % dos casos e Região Norte com 5,2 % dos casos. Ao se relacionar o percentual de bebês contaminados entre os que nascem vivos em cada município, vamos constatar o risco comunitário de ocorrência que será maior ao se contabilizar se os natimortos são positivos para sífilis, pois segundo o Centro de prevenção de Doenças do Estados Unidos da América, 40% dos nascimentos de mães sífilíticas são natimortos.

No ano de 2023 nasceram mortas (natimortos) no ES 493 crianças sendo que 460 com causa de morte classificada no grande grupo de Algumas afecções originadas no período perinatal. Ao se analisar o peso ao nascer, 10,94% não foram pesados, 11% do total tinha peso na faixa considerada abortos, com um maior percentual de crianças com pesos de sobrevida. 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, analisar as condições de vida de uma população uma vez que reflete diretamente a qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e ganhos mútuos na redução das mortes fetal e neonatal precoce evitáveis.

Mortalidade – Eventos Fatais

Mortalidade Infantil

Estudos da ONU de 2023, mostram que as mortes de crianças nos países de maior risco poderiam diminuir substancialmente se as intervenções de sobrevivência infantil, baseadas na comunidade, pudessem alcançar aqueles que mais necessitam. O manejo integrado das doenças infantis, especialmente as principais

causas de morte neonatais precoces, melhorariam a saúde e a sobrevivência infantil.

Par o ano de 2023 a mortalidade infantil no ES de janeiro a dezembro de 2023 foi de 11,52/1000NV. Foi maior na Região Sul (12,89/1000NV), seguida das Regiões Metropolitana (11,29/1000NV) e Central/Norte (10,98/1000NV).

Ao se distribuir as mortes por municípios se torna mais claro a participação destes na média geral regional.

A taxa de mortalidade neonatal no ES foi de 7,70/1000NV. Foi maior na Região Sul (7,90/1000NV) seguida da Região Metropolitana (7,75/1000NV, e da Região Central/Norte (7,40/1000NV), sendo que o componente neonatal precoce foi de 5,65 no ES. A mesma foi também foi maior na Região Sul (6,16/1000NV) seguida da Região Central/Norte (5,64/1000NV) e Região Metropolitana (5,48/1000 NV) respectivamente (SESA/SAS/GEPORAS, 2024).

Dentre os fatores que contribuíram para esse resultado estão, a não organização da assistência ao pré-natal em geral, por não vinculação da gestante na Unidade de Saúde, rotatividade de profissionais, a organização da assistência ao RN e mudança dos hospitais de referência sem previa organização da Rede de Cuidado para os novos hospitais. A Falta de acompanhamento dos recém-nascidos (RN) egressos de UTIs Neonatais em ambulatório especializado, é um grande fator de reinternações dos mesmos com consequente agravamento das condições iniciais de um RN de risco e morte neste período.

Já nas mortes do período neonatal precoce que compreende os primeiros 7 dias do bebê, contam mais as condições antes e durante o parto e que podem se estender até os 28 dias. É um sinalizador da qualidade de pré-natal. Quando examinamos a cobertura de pré-natal e as causas de morte dos recém-nascidos que poderiam ser evitadas ou prevenidas, com a detecção precoce das doenças da mãe, podemos dizer que houve falha dos serviços de saúde, que não controlaram a gestação, o parto ou puerpério imediato. Estas mesmas causas também contribuem para as mortes maternas.

As mortes no período pós-neonatal, que acontece entre o 28º dia e o final do primeiro ano de vida de uma criança, estão intimamente relacionadas com fatores sociais em que vive a família, a cultura, o acesso aos serviços e outros, ligados as condições de vida. Alguns estudos relacionam o analfabetismo da família, mas a

pobreza e a negligência são as causas mais radicais do sofrimento e morte infantil. No campo dos determinantes sociais da saúde, a mortalidade infantil é um importante indicador de monitoramento do impacto das iniquidades em saúde sobre o risco de morte das crianças.

Nesse sentido, quanto maior for o indicador, maiores serão as desigualdades sociais existentes nos territórios.

Depois que a criança sai do hospital, contam muito as condições em que ela vive, amamentação materna, acesso aos serviços de saúde para ser acompanhada, vacinação, alimentação no seu primeiro ano de vida, proteção e negligência.

Mortalidade geral

Segundo os divulgados obtidos no PRI Região Central/norte-SESA/2024, tendo como base de dados o ano 2021, as 3 principais causas de morte geral, segundo Capítulo do CID 10, na região foram: Doenças do Aparelho Circulatório (1730 casos), Algumas Doenças Infec. Parasitárias (1691 casos) e Causas Externas - homicídios, suicídios e acidentes (1005 casos). No PRI Região Metropolitana SESA/2024, na Região metropolitana o capítulo das Doenças Infec. Parasitárias assumiram o primeiro lugar (4906 casos), seguida das Doenças do Aparelho Circulatório (4009 casos) e das Neoplasias (2588 caos). Na região Sul no perfil das mortes apresentadas PRI Região SUL-SESA/2024, se repetem como na Região metropolitana com o capítulo das Doenças Infec. Parasitárias em primeiro lugar (1474 casos), seguida das Doenças do Aparelho Circulatório (1363 casos) e das Neoplasias (805 casos).

Suicídios

O relatório liberado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta o suicídio como uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo, na frente de doenças como HIV, malária e câncer de mama, e até de guerras e homicídios, com significativo aumento nas Américas (ONU- BRASIL, 2021). Este mesmo relatório aponta que no mundo, o suicídio foi a quarta causa de morte depois de acidentes no trânsito, tuberculose e violência interpessoal, entre os jovens de 15 a 29 anos, existindo variações entre os países, regiões e entre homens e mulheres. No ES, de janeiro a agosto de 2023, o estado registrou 3.821 casos de lesões autoprovocadas

e 85 óbitos por suicídios. Em 2022, durante todo o ano, foram 5.282 casos de lesões e 241 óbitos.

O cuidado em saúde para às pessoas em sofrimento psíquico, está sob a responsabilidade da Rede de Atenção Psicossocial, assim como os serviços de urgência e também na equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) e deve ser extensivo aos familiares.

Ainda existe baixa cobertura de Centros de Atenção Psicossocial municipais, sendo que Secretaria da Saúde (Sesa) mantém três Centros de Atenção Psicossocial (Caps), referência no tratamento para pessoas adultas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros. São os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Cidade, localizado no Centro Regional de Especialidades (CRE), em Cariacica; Caps Cachoeiro, localizado no município de Cachoeiro de Itapemirim; e o Caps Moxuara, também localizado em Cariacica. Entre as ações do CAPS, uma delas é o manejo de crises, como a crise suicida.

Pessoas LGBTQIAPN+

O Plano estadual de enfrentamento à LGBTIfobia e promoção da cidadania e dos direitos humanos de LGBTI+ do Espírito Santo 2022-2026, traduz as diretrizes intersetoriais, procurando garantir a visibilidade das necessidades da população e garantir o direito de cidadania. Para a área da saúde a grande diretriz focaliza basicamente na educação sexual e reprodutiva nos equipamentos estaduais e municipais que lidam com adolescentes e jovens e promover Atenção à Saúde Integral de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

O grande agravo que sofrem a população LGBTQIAPN+ está relacionado os atos violentos, que se traduzem com lesão corporal dolosa, homicídio doloso e estupro, sendo o crime de homicídio o de maior ocorrência. Segundo reportagem publicada

no site G1, de 20/07/2023 e segundo os dados da 17ª edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, no ES No ano 2022 o ES foi o estado que registrou maior aumento de homicídios de pessoas LGBTQIAPN+ em todo o país.

Gravidez na Adolescência

Por faixa de 10- 15 anos e de 15 a 19 anos

A concepção das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos em condição peculiar de desenvolvimento, algo relativamente recente na história do Brasil, advém do ordenamento legal específico que ocorreu com a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Convenção Internacional da Criança (1990), resultado da luta de movimentos sociais que defendiam pautas relacionadas aos direitos das crianças e dos adolescentes.

A gravidez neste período da vida é vista como uma experiência indesejada, sendo considerada um problema social e de saúde pública, que independentemente de ser ou não desejada, pode elevar o risco de morte da mãe e do bebê, acarretando ainda riscos de prematuridade e outras complicações. A partir dos anos 1970 a gravidez na adolescência é classificada como gestação de alto risco e uma das bases da pobreza como considerado pela OMS (IJSN, 2022).

Hemodiálise

A Doença Renal Crônica possui um curso insidioso, com múltiplas causas e vários fatores de prognóstico, manifestando-se de forma assintomática na maior parte de sua evolução, segundo a história natural da doença, devido aos processos adaptativos desenvolvidos pelos rins. Mas no decorrer do tempo, surgem alterações que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal. A DRC se desenvolve de forma progressiva e geralmente assintomática, em decorrência da falta de controle de doenças crônicas como, por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus.

Essas doenças estão muito presentes na população brasileira, considerando a transição epidemiológica, marcada pelo aumento da expectativa de vida, envelhecimento populacional e aumento da prevalência das doenças crônicas. Nos estágios iniciais da doença, a grande maioria dos pacientes são assintomáticos, sendo subdiagnosticados.

PACIENTES EM HEMODIÁLISE	NÚMERO DE PACIENTES SUS/CONVÊNIO CADASTRADAS NO CNES/MV REGULAÇÃO
REGIÃO METROPOLITANA	
SERRA	432
VITORIA	540
ARACRUZ	120
VILA VELHA	574
CARIACICA	426
GUARAPARI	56
NÚMERO TOTAL NA METROPOLITANA	2148
REGIÃO NORTE	
SÃO MATEUS	222
BARRA DE SÃO FRANCISCO	175
NÚMERO TOTAL NA NORTE	397
REGIÃO CENTRAL	
COLATINA	324
LINHARES	210
NÚMERO TOTAL NA CENTRAL	534
REGIÃO SUL	
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	306
GUAÇUI	124
NÚMERO TOTAL NA SUL	430
TOTAL HEMODIÁLISE ES	3509

Conforme dados do DATASUS, de acordo com estudos da OMS e especialistas da área, estima-se que 40 pacientes por 100.000 habitantes por ano necessitam de terapia renal substitutiva (hemodiálise/diálise peritoneal). Este parâmetro aplica-se a países em desenvolvimento e relaciona-se diretamente com a expectativa de vida ao nascer de países ou regiões. Após atendida toda a demanda, estima-se o acréscimo anual em 10% sobre o número de pacientes dialisados (considerados óbitos e pacientes novos).

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

Em relação à diálise peritoneal, os pacientes são atendidos nas clínicas do Hospital Evangélico, Baxter Vitória, Davita Serra e HUCAM/UFES, sendo que grande parte reside no interior do ES, que se descola para receber o tratamento.

Os pacientes em Dialise Peritoneal estão distribuídos nos seguintes municípios Afonso Claudio (2), Anchieta (1), Aracruz (2), Brejetuba (2), Cariacica (33), Castelo (1), Colatina (1), Domingos Martins (5), Ecoporanga (1), Fundão (1), Ibatiba (3), Irupi (1), Itapemirim (1), Laranja da Terra (1), Mantenópolis (2), Nova Venécia (1),Pinheiros (1), Piúma (1), Presidente Kennedy (1), Santa Leopoldina (3), Santa Maria de Jetibá (3), São Gabriel da Palha (1), São José do Calçado (1), São Roque do Canaã (1), serra (51), Viana (9), vila Velha (27), Vitória (16) (SESA/SAS/GEPORAS, 2024).

Amputados

A amputação de membro inferior é duas vezes mais comum em pessoas diabéticas do que em pessoas sem a doença, representa cerca de 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores, e 85% destas amputações ocorrem após o surgimento de úlceras, as quais atingem 25% dos diabéticos. O diabetes mellitus afeta 30% das pessoas acima de 40 anos de idade e seus custos aumentam significativamente quando o paciente diabético possui amputação de membro. Ao

se observar o número crescente de amputados não traumáticos em municípios e estados, podemos inferir, na dificuldade de acompanhamento contínuo dos pacientes portadores de diabetes pela APS.

Considerações Finais

O caderno Regional não apresenta um diagnóstico situacional de saúde em sua concepção, mas apresenta a análise de “situações chaves”, consideradas como “pontos chaves” que devem ser discutidos coletivamente para entendimento da trama causalista dessas ocorrências.

A cartografia utilizada se refere aos mapas produzidos pelo georreferenciamento não tendo o sentido de mapas construídos numa atitude investigativa. em que os dados são produzidos a partir da presença dos pesquisadores, no campo de forças no território, onde o trajeto se confunde não só com a subjetividade dos que percorrem um meio, mas com a subjetividade do próprio meio, uma vez que este se reflete naqueles que o percorrem (Deleuze, 1997)

Despertar a reflexão das “situações Chaves”, levam a reflexão complexa das redes de causas, que reconhecidas pelos grupos envolvidos, na mesma territorialidade, se reconhecem como pertencentes.

O uso da linguagem inclusiva, simples, dá a oportunidade que todos os atores envolvidos entendam e participem das mesmas reflexões e se tornem ativos nos encaminhamentos das próximas etapas que serão as oficinas nas Regiões de Saúde.

Referências Bibliográficas

ABDEL-JELIL, Y. et al. REALIZAÇÃO Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). [s.d.].

BASE.DIGITAL; SENNA, I. A. **Instituto Ayrton Senna apresenta Diagnóstico da Educação**. Disponível em: <<https://institutoayrtonsenna.org.br/instituto-ayrton-senna-apresenta-diagnostico-da-educacao/>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

Cadernos da Juventude 09 - Gravidez na Adolescência - DADOS ABERTOS. Disponível em: <<https://dados.es.gov.br/dataset/cadernos-da-juventude-09-gravidez-na-adolescencia>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

Censo 2022 | IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

COELHO, H. V. A VISÃO CONTEMPORÂNEA DE TERRITÓRIO NA PERSPECTIVA MATERIALISTA. 2015.

ES. **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024 - 2027**. [s.l: s.n.].

FARIAS, C. M. L. et al. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade (Online)**, p. 2239–2239, 2020.

GOUVEIA, N. **Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social**. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/residuos-solidos-urbanos-impactos-socioambientais-e-perspectiva-de-manejo-sustentavel-com-inclusao-social/9929?id=9929>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

HAESBAERT, R. DOS MÚLTIPLOS TERRITÓRIOS À MULTITERRITORIALIDADE. [s.d.].

IJSN - NT 68 - Evolução da Pobreza no Brasil e no Espírito Santo entre 2012 e 2021. Disponível em: <<https://ijsn.es.gov.br/publicacoes/nota-tecnica/nt-68-evolucao-da-pobreza-no-brasil-e-no-espirito-santo-entre-2012-e-2021>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Desenvolvimento Regional Sustentável – Diagnóstico Integrado**. [s.l: s.n.].

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Per I da pobreza no Espírito Santo: Famílias inscritas no CadÚnico 2022**. V. [s.l: s.n.].

Leavell e Clark Níveis de Prevenção e Aplicação | PDF | Remédio | Câncer. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/330275599/Leavell-e-Clark-Niveis-de-prevencao-e-aplicacao>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

Manual De Vigilância Do Óbito Infantil E Fetal E Do Comitê De Prevenção Do Óbito Infantil E Fetal. [s.l.] Ms, 2009.

Nos últimos 5 anos, 35 mil crianças e adolescentes foram mortos de forma violenta no Brasil, alertam UNICEF e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/nos-ultimos-cinco-anos-35-mil-criancas-e-adolescentes-foram-mortos-de-forma-violenta-no-brasil>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : Uma Política do SUS. [s.l.] Ms, 2009.

Prevenção e controle de injúrias físicas: saímos ou não do século 20? Disponível em: <<https://www.jped.com.br/en-pdf-X2255553602021800>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

Relatório Anual 2022 | UNICEF Brasil. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/ra-2022>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

SOUZA, G. J.; GOMES, C.; ZANETTI, V. R. Descentralização, Território e Regionalização dos Serviços de Saúde: Análise Contextual dos Municípios de Guaratinguetá e Aparecida na Rede Regional de Atenção à Saúde – 17 (RRAS-17) do Estado de São Paulo. **Desenvolvimento em Questão**, v. 19, n. 54, p. 298–320, 16 mar. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia - UNESCO Digital Library**. Disponível em: <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>>. Acesso em: 19 ago. 2024.