

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

PDR/ES 2024



2024



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

**Governador do Estado do Espírito Santo**

José Renato Casagrande

**Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo**

Tyago Ribeiro Hoffmann

**Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde (SSEPLANTS)**

Francisco José Dias da Silva

**Secretária Executiva da Comissão Intergestores Bipartite (CIB SUS/ES)**

Maria do Socorro Rodrigues Lopes Fernandes

**Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)**

Erico Sangiorgio

**Superintendência Regional Metropolitana de Saúde**

Alexsandro de Moraes Vimercati

**Superintendência Regional Central de Saúde**

Edivanio Mendes dos Passos

**Superintendência Regional Sul de Saúde**

Samilla Coelho Figueira

**Superintendência Regional Norte de Saúde**

Bruno Araújo

**Secretarias Executivas das Comissões Intergestores Regionais (CIR)**

**CIR CENTRAL/NORTE**

Livia Chechi Motta Cometti

**CIR METROPOLITANA**

Ludmilla Barroso Silva Brito

**CIR SUL**

Bruna Celis Marin Lovatte



**Responsabilidade Técnica** Erivelto Pires Martins  
Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga  
Maria do Socorro Rodrigues Lopes Fernandes  
Murilo Spala

**Coordenação** Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga

**Apoio técnico** Juliana Medeiros da Silva  
Janaina Dalmas Felix

**Agradecimentos** Aos Secretários Municipais de Saúde, tutores, apoiadores da SESA/ES e SRS/ES e participantes (anexo 1)

## APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua concepção na Constituição Federal de 1988 e formalização na Lei 8080, preconiza um conjunto de princípios fundamentais como universalidade, equidade e integralidade e diretrizes que incluem a regionalização, hierarquização, cuidado centrado na pessoa, territorialização, resolutividade, ordenação da rede, população adscrita, longitudinalidade do cuidado e participação da comunidade.

A regionalização, como parte do processo de territorialização no SUS, é um processo fundamental para a organização e a gestão dos serviços de saúde. Essa diretriz busca garantir que a população tenha acesso a serviços de saúde de qualidade, de forma equitativa e eficiente, respeitando as particularidades de cada região do País. Ela delimita territórios-processo nos quais deve-se organizar o modelo de atenção à saúde. É baseada na ideia de que a saúde deve ser planejada e gerida de acordo com as necessidades locais, levando em consideração fatores como a demografia, a epidemiologia e a infraestrutura existente.

Sendo o Brasil um país de dimensões continentais, com diversidade cultural, social e econômica imensa e como também todos os estados, incluindo o Espírito Santo, refletem essa mesma realidade dinâmica e mutável, os fatores acima referidos se alteram, caracterizando novas regionalizações. A partir desse contexto e entendimento, o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES) propôs aos novos gestores estaduais eleitos no final de 2022, dentro de uma agenda de 14 temas estratégicos, a revisão e atualização do Plano Diretor de Regionalização da Saúde vigente, proposta encampada e estruturada em 2023 pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA).

Após aprovação da metodologia pelo COSEMS-ES em assembleia realizada em dezembro de 2023, o ano de 2024 foi o cenário de todo o processo de oficinas regionais conduzido pela consultora contratada via Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Dra. Luiza Maria de C.A. Alvarenga, com participação direta dos níveis técnicos e de gestão da SESA (central e superintendências regionais), da direção do COSEMS e dos 78 municípios

capixabas. Ao longo de 12 meses de trabalho de campo presencial e virtual, mais de 500 técnicos, gestores e representantes dos consórcios de saúde e do controle social participaram de atividades estruturadas para permitir uma percepção efetiva do significado da regionalização/territorialização, buscando construir identidades que ao longo do tempo fortalecerão a governança, a resolutividade e a solidariedade entre gestores, técnicos e sociedade para a produção de um sistema de saúde mais resolutivo, equânime, eficiente e efetivo.

Toda a base teórica, a fundamentação epidemiológica e assistencial e o processo de trabalho das oficinas regionais e estadual que culminaram na definição de novo desenho do Plano Diretor de Regionalização, estão registrados neste documento-síntese e possibilitaram a aprovação consensual nas 03 Comissões Intergestores e Regionais (CIR) e Comissão Intergestores Estadual (CIB-ES), sintetizada na resolução CIB-ES nº 259/2024. É importante destacar que algumas questões evidenciadas ao longo do processo foram objeto de direcionamento estratégico nesta resolução, em especial a microrregionalização.

Considerando que neste momento a SESA e os municípios estão construindo microssistemas regionais de saúde para organização da atenção de média complexidade e para respeitar a dialética deste processo, não configuramos no novo PDR uma versão definitiva de microrregiões de saúde (ainda que a mesma esteja pactuada na resolução CIB-ES 071/2022), que serão incorporadas à medida em que esses microssistemas se constituam e sejam pactuados entre os gestores, definindo uma versão atualizada de microrregionalização, orientada pelos territórios regionais e macrorregionais agora delimitados e documentados.

Este documento-síntese será a base de uma publicação oficial conjunta da SESA e COSEMS-ES que permita às sucessivas gestões do SUS-ES e ao controle social e sociedade civil em geral ter um referencial oficial da trajetória da regionalização da saúde pública em nosso estado, do cenário atual e dos desafios que continuam nos motivando na construção e consolidação do maior sistema público de saúde do mundo.

Nosso agradecimento à Dra. Luiza Maria de C.A. Alvarenga, que elaborou e conduziu o modelo metodológico dessa atualização do nosso PDR. Nosso agradecimento a todos os gestores e corpo gerencial do SUS-ES, que sustentaram essa agenda em pleno ano de eleições municipais sem nenhum comprometimento aos resultados finais alcançados. A relação de solidariedade e confiança mútua foi essencial para tal. E um agradecimento especial ao corpo técnico da SESA e das Secretarias Municipais de Saúde, que não mediram esforços para produzir dados, subsídios e se fazer presente em todos os momentos em que foram convocados a contribuir com a revisão e atualização do PDR-ES, que vigora desde janeiro de 2025 com a nova configuração aqui apresentada.

**Tyago Ribeiro Hoffmann**

Secretário de Estado da Saúde

**Michel Barth**

Presidente do COSEMS-ES

## 1- INTRODUÇÃO

A Regionalização em Saúde tem seu traçado inspirado na organização do sistema de saúde inglês, *National Health Service* (NHS), de 1920, cujo desenho dos pontos de assistência aos enfermos se fizeram 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 pós Constituição Federal de 1988.

Na década de 1960 já existia o entendimento de saúde e de 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 seriam determinantes nos desfechos positivos ou negativos do processo de adoecimento que acontece no espaço/tempo e proporcional ao desenvolvimento de uma comunidade. Mas foi na década de 1970 que 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) explicação plausível sobre as diferenças dos riscos e vulnerabilidades das comunidades nas diversas categoriais sociais.

Nesta reflexão, o desenvolvimento carrega significações que caracterizam as diversas áreas da vida humana, seja social, econômica, sustentável, intelectual, espacial e outras, muitas vezes incluído em políticas públicas contraditórias para a qualidade de vida. Neste projeto, adotou-se o conceito complexo da saúde e do desenvolvimento social, na relação determinante da qualidade de vida e bem-estar das populações como também aprimora a cooperação e solidariedade entre os territórios, como base fundamental dos sistemas regionais de saúde.

As metodologias que guiaram a regionalização em saúde no Brasil, e 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 foi incluída, ficando a saúde pública fora das prioridades nas políticas de desenvolvimento

urbano. No entanto, o desenvolvimento construído a partir de um conceito complexo deve ser abordado de forma multidimensional, recusando-se o viés estritamente econômico, sendo visto também na sua dimensão social, política, humana, cultural e ambiental. Pode-se ainda atribuir ao conceito de desenvolvimento, adjetivos referentes à escala espacial em que ocorre, tais como local, regional, nacional e global, entre outros. (Goulart, 2010).

Portanto, 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 (CNS, 1988), para a construção do Sistema Nacional de Saúde Brasileiro se busca métodos e técnicas que diminuam as desigualdades socioespaciais e garanta a integralidade do acesso à saúde a todos os brasileiros, em cada espaço ocupado e vivido (Santos, 1996).

Nessa perspectiva, a atual política de regionalização da saúde do estado do Espírito Santo tem como principais objetivos: orientar o processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais; garantir o acesso, resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde; garantir a integralidade da atenção à saúde em todos os níveis; avançar na equidade da política de saúde; reduzir as desigualdades regionais existentes; racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos na região. Para tanto, amplia o escopo dos critérios adotados para a delimitação dos recortes territoriais, entendendo que os determinantes do processo saúde-doença extrapolam o setor da saúde, sendo necessário formular políticas intersetoriais e de desenvolvimento regional que favoreçam o fortalecimento das regiões e a redução das desigualdades territoriais.

## **2- ASPECTOS HISTÓRICOS IMPORTANTES DA REGIONALIZAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO**

O Espírito Santo, ao longo de sua história, tem buscado estratégias para promover o desenvolvimento equilibrado de suas regiões. Os planos de desenvolvimento regional

representam um conjunto de iniciativas que visam orientar o crescimento econômico, social e sustentável do estado. Desde a Lei nº 4317 de 1990 que estabeleceu as primeiras diretrizes, até os planos mais recentes como o PDR 2024, o estado tem se adaptado aos desafios e oportunidades de cada época.

No estado foram realizados cinco Planos Diretores de Regionalização (PDR):

- I. 1990 - A Lei nº 4317 de 04/01/90
- II. Plano Diretor de Regionalização do ES - PDR 2003
- III. Plano Diretor de Regionalização do ES - PDR 2011
- IV. Plano Diretor de Regionalização do ES - PDR 2020
- V. Plano Diretor de Regionalização do ES - PDR 2024

### **I - A Lei Nº 4317 de 04/01/90**

É crucial destacar que essa lei, anterior à promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) que instituiu o SUS, já incorporava princípios fundamentais como a regionalização e a descentralização. Isso demonstra uma visão pioneira do Espírito Santo na organização de seus serviços e na busca por um desenvolvimento mais equitativo. Assim como outros estados da federação, a regionalização da saúde no Espírito Santo passou por diversas fases ao longo da história, influenciada por mudanças políticas, sociais e econômicas.

Figura 1 – Primeira Regionalização em Saúde 1990



Fonte: SESA

Essa lei representa um marco na história da saúde do Espírito Santo, pois é oriunda do esforço coletivo e determinação do Governo do Espírito Santo em construir um Sistema Estadual de Saúde. Técnicos e a sociedade civil organizada trabalharam na busca para garantir os preceitos da Reforma Sanitária Brasileira. No momento da transição para o novo modelo de saúde pública foram criados fóruns de negociação e decisão regionais - Comissões Intergestores Regionais (CIR) e estabelecidos os princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social e definiu-se a gestão regional através das quatro regionais de saúde.

## II - PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO - PDR 2003

O PDR 2003 teve como objetivo efetivar a descentralização dos serviços de saúde em consonância com Norma Operacional da Assistência à Saúde, de modo a construir sistemas funcionais integrando os pontos. O desenho das Regiões de Saúde do Espírito

Santo foi obtido pela conjugação de múltiplas variáveis, tais como, fluxos de saúde, acesso aos serviços, concentração de tecnologia de conhecimento e de produto, economia de escala e de escopo, análise do perfil epidemiológico e dados do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade.

Foram criadas três Macrorregiões de Saúde com suas Microrregiões:

I – Macrorregião Vitória, com duas microrregiões: Serra/Santa Teresa, Vila Velha/Venda Nova do Imigrante.

II – Macrorregião Sul Cachoeiro do Itapemirim, com duas microrregiões: Cachoeiro do Itapemirim, Guaçuí.

III – Macrorregião Norte Colatina/Linhares, com três microrregiões: São Mateus, Colatina, Linhares.

Ao mesmo tempo, foram identificados 16 aglomerados de municípios em razão do critério para a constituição de módulos assistenciais, 08 aglomerados com potencial para conformação de sistemas funcionais resolutivos de saúde, dedicados a uma população acima de 150 mil habitantes – microrregiões, e 03 grandes aglomerados, com população superior a 500 mil habitantes – macrorregiões. Em todos os casos identificados observou-se uma efetiva polarização, sendo identificados municípios sede de módulo assistencial, polos microrregionais principais e intermediários, e polos macrorregionais (ES, PDR 2003), sendo desenvolvido o Plano Diretor de Investimento (PDI) como parte do PDR.

Figura 2 – Plano Diretor de Regionalização em Saúde 2003



Fonte: SESA

### III - PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO - PDR 2011

Dando prosseguimento, em 2011, o Governo do Espírito Santo reafirma o compromisso de desenvolvimento equânime do povo capixaba, de promover a integração das regiões mais afastadas do progresso e a inclusão social de todos os municípios nas oportunidades de desenvolvimento. E, para isto, agir firmemente para diminuição da vulnerabilidade social e programática dos grupos sociais e alcançar a integralidade na saúde. O Pacto pela Saúde deu nova definição para a regionalização, adotando a ideia de espaços contínuos, definidos pelas identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação, infraestrutura e transporte, variáveis estas envolvidas na causalidade complexa do processo saúde doença (MS, PORTARIA Nº39 /GM fev,2006).

Figura 3 – Plano Diretor de Regionalização em Saúde 2011



Fonte: SESA

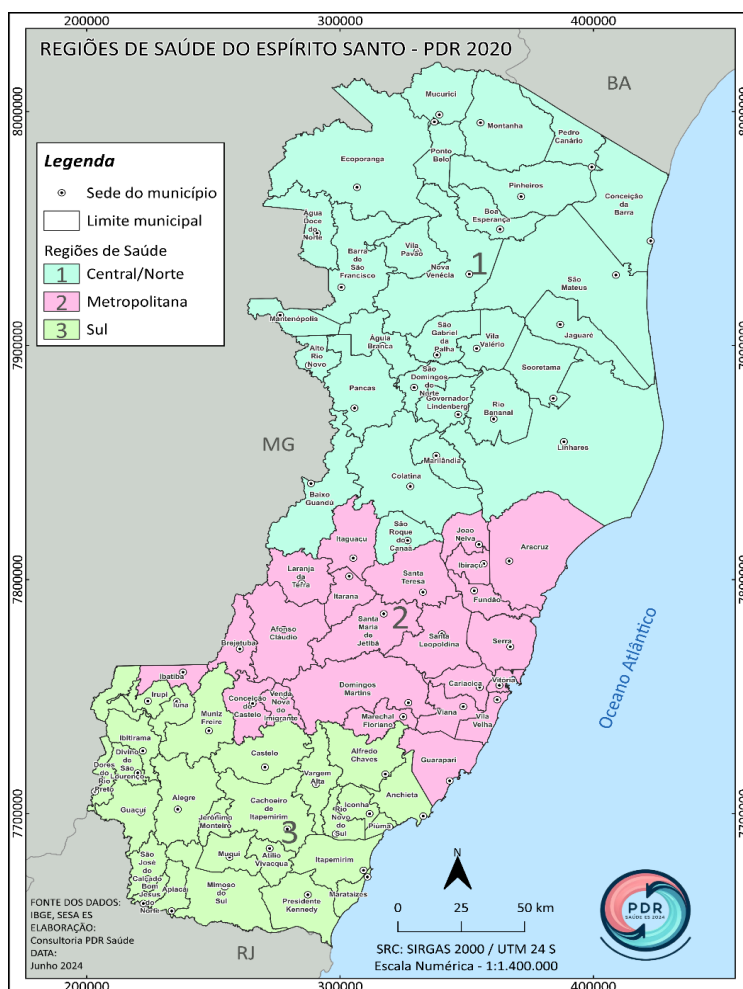
#### IV - PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO - PDR 2020

Contudo, 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 (Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul), cujos objetivos eram melhorar a resposta do sistema de saúde às emergências, como a pandemia de COVID-19, entre outros. A reconfiguração das macrorregiões de saúde resultou na união das regiões Norte e Central, formando a Macrorregião Central-Norte que juntamente com a definição das outras duas macrorregiões (Metropolitana e Sul), visava otimizar a organização e o funcionamento do sistema de saúde no estado.

Entretanto, a reconfiguração das macrorregiões de saúde que uniu as regiões Norte e Central em uma única macrorregião (Central-Norte) com base principalmente em critérios

populacionais, gerou descontentamento entre gestores dessas regiões. Argumentavam que as regiões Norte e Central possuíam características e necessidades de saúde distintas, que não seriam adequadamente atendidas por uma única macrorregião; a diversidade geográfica, socioeconômica e epidemiológica das duas regiões dificultaria a implementação de políticas de saúde uniformes; isso representava perda de autonomia (a união das regiões resultou na perda de autonomia dos gestores locais na tomada de decisões sobre a saúde, dificultando a adaptação das políticas às necessidades específicas de cada área, pois se mantiveram as duas Superintendências, no Norte e a Central, com seus respectivos gerentes/gestores.

Figura 4 – Plano Diretor de Regionalização em Saúde 2020



Fonte: Consultoria PDR Saúde

## V - Plano Diretor de Regionalização do ESPÍRITO SANTO - PDR 2024

Em 2022, no segundo semestre, pós-eleições estaduais, a insatisfação de alguns gestores com a divisão do estado em macrorregiões de saúde se manifestou de forma oficial com a publicação do COSEMS-ES sobre 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 entre eles, sendo a primeira decisão a necessidade de revisão do PDR-ES.

A revisão e avaliação do PDR 2020 tinha como argumento a necessidade apontada pelos Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo, que sentiram uma grande mudança do espaço operativo das regiões, com desorganização dos fluxos já consolidados na rotina das estruturas de gestão estadual desenvolvidos pelas Superintendências Regionais de Saúde Norte e Central, a partir da mudança do traçado proposto e aprovado na Comissão Intergestores Regionais - Resolução CIB 153 de dez/2020 e aprovado pelo Secretário Estadual de Saúde. Em 2023, diante desse 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.

### Revisão e Atualização do PDR 2020

O processo de trabalho integral, desde a concepção até a finalização do novo PDR, envolveu desde a pesquisa por fontes documentais (planos de saúde anteriores nacionais, estaduais e municipais); relatórios epidemiológicos; legislação do SUS; estudos científicos relevantes, entre outros, passando pelo diagnóstico de saúde do estado (inclusive com aprofundamento do diagnóstico), reuniões com técnicos e gestores, além de oficinas presenciais em todos os municípios sede das regionais. Todo esse movimento foi criteriosamente orientado pela metodologia científica de pertencimento (utilizada para garantir a participação e o engajamento dos diferentes atores), e da cartografia da saúde (confeção de mapas para visualizar e analisar os dados de saúde no território), entre outros.

Importante ressaltar que o processo de trabalho foi amplamente divulgado e todas as informações foram disponibilizadas para a população por meio de canais de comunicação da SESA, em sites e redes sociais como também em reuniões dos Secretários Municipais de Saúde.

### 3- ESPAÇOS GEOGRÁFICOS OPERACIONAIS NO ESPÍRITO SANTO

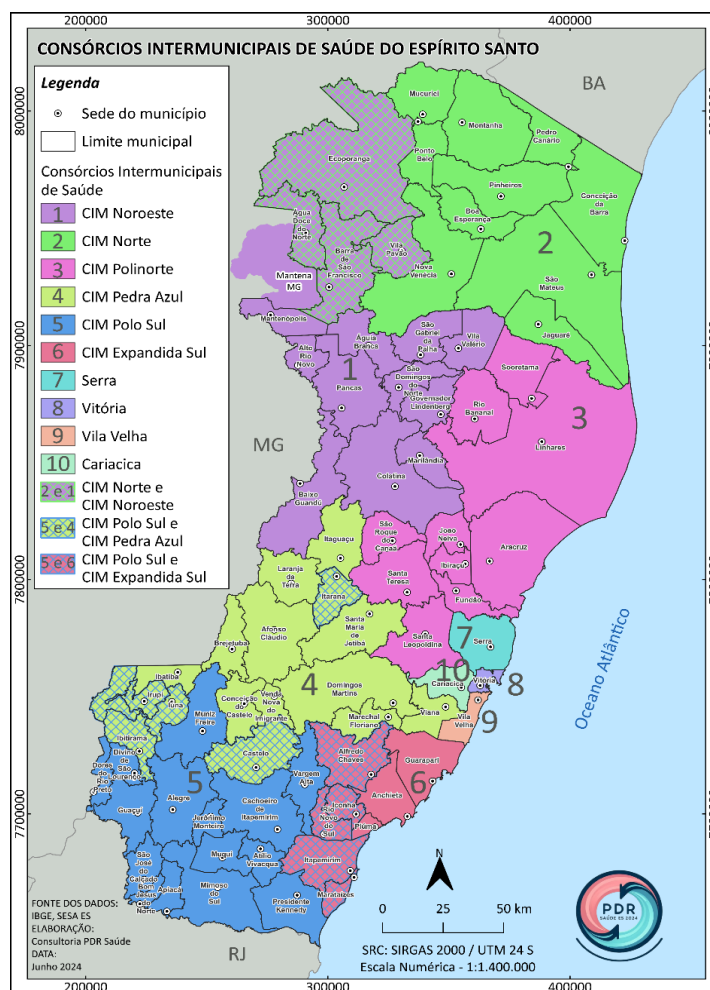
A regionalização da saúde no Espírito Santo continua sendo um processo dinâmico que se adapta às mudanças conforme as necessidades de saúde da população e às novas tecnologias e modelos de atenção. A participação social, o planejamento integrado e a avaliação constante são elementos fundamentais para o sucesso da regionalização e a garantia do direito à saúde no estado.

Outros traçados regionais também são usados na SESA, como nas demais secretarias de governo, caracterizando territorialidades que se propõem ao desenvolvimento das estratégias de intervenções setoriais. Apesar dos esforços por integrar as ações promovidas pelo estado, a regionalização das políticas setoriais segue desenhos próprios e, assim, possui suas próprias lógicas de regionalização. Nesse sentido, cabe a todas as secretarias estaduais a tarefa de integração, criando o ambiente propício para a resolução de conflitos por meio do diálogo entre os diferentes atores do território.

#### Consórcios

Os consórcios intermunicipais de saúde atuam intensamente no Espírito Santo no processo de compra de consultas médicas, exames e procedimentos especializados 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, as Unidades da Rede Cuidar e do SAMU 192.

Figura 5 – Consórcios Intermunicipais de Saúde ES



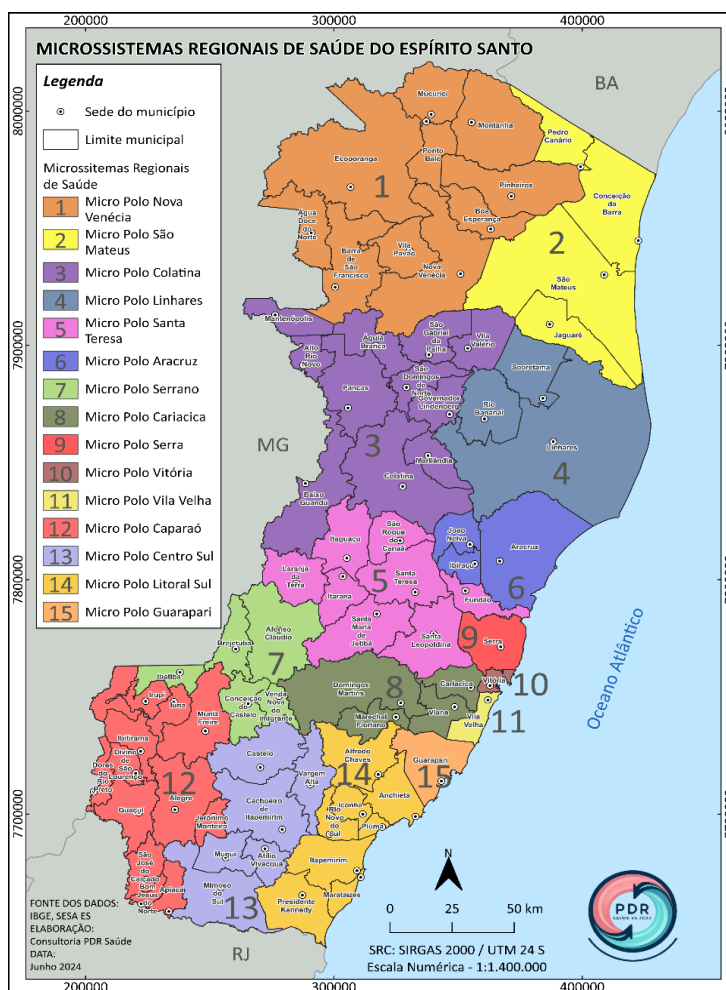
Fonte: Consultoria PDR Saúde

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (PES, 2024/2027), no Espírito Santo, estão constituídos seis Consórcios Públicos Intermunicipais atuantes no estado na área da saúde. Dos 78 municípios capixabas, somente quatro não são membros de consórcios (Vitória, Vila Velha, Serra e Cariacica) e juntos representam 1.730.676 habitantes. Os demais 74 municípios consorciados somam 2.241.712 habitantes. Apesar de a SESA manter contratos de programa com alguns consórcios em função do cofinanciamento do SAMU 192 e Unidades da Rede Cuidar, o estado não é ente consorciado.

### Os 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 de 29/04/2022.

Figura 6 – Microsistemas Regionais de Saúde ES



Fonte: Consultoria PDR Saúde

Os microsistemas regionais reorganizaram um novo traçado microrregional com objetivo de garantir acesso as especialidades médicas. Segundo o Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027, em sua diretriz de número 4 que se compromete em 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 oito microsistemas regionais de saúde de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) de média complexidade com participação dos consórcios.

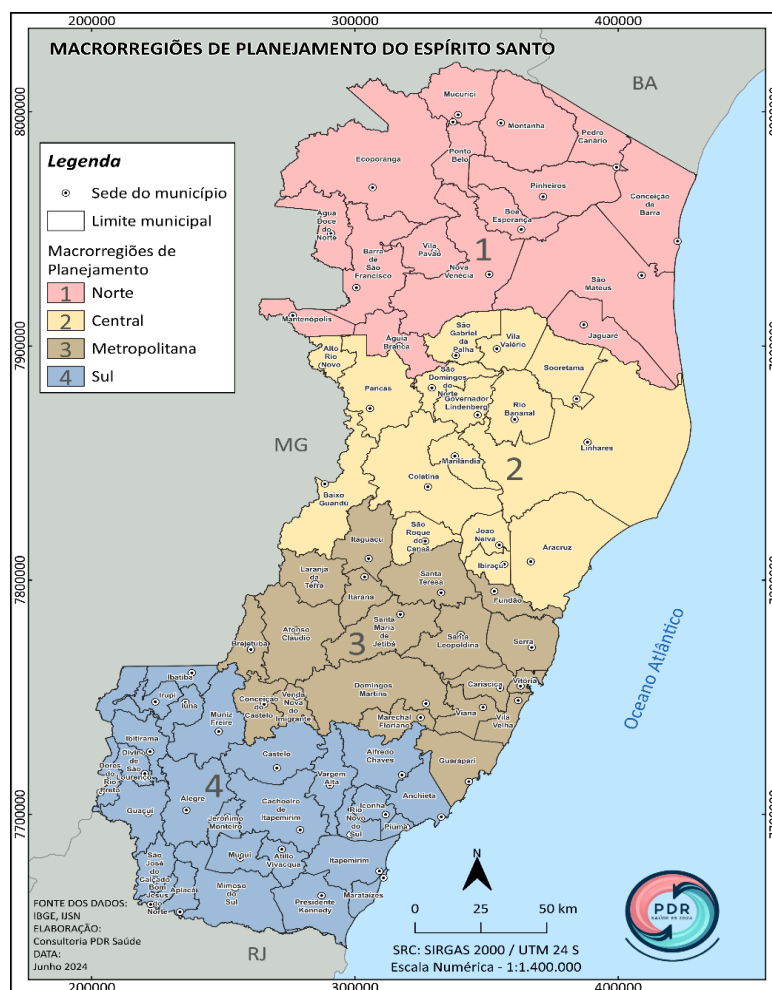
### Regiões de Planejamento Estadual - de acordo com a Secretaria de Economia e Planejamento (SEP)

A Lei Estadual 9.768 (de 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, 2011).

Para o planejamento de ações integradas, objetivo do projeto Desenvolvimento Regional Sustentável, verifica-se a necessidade de divulgar 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.

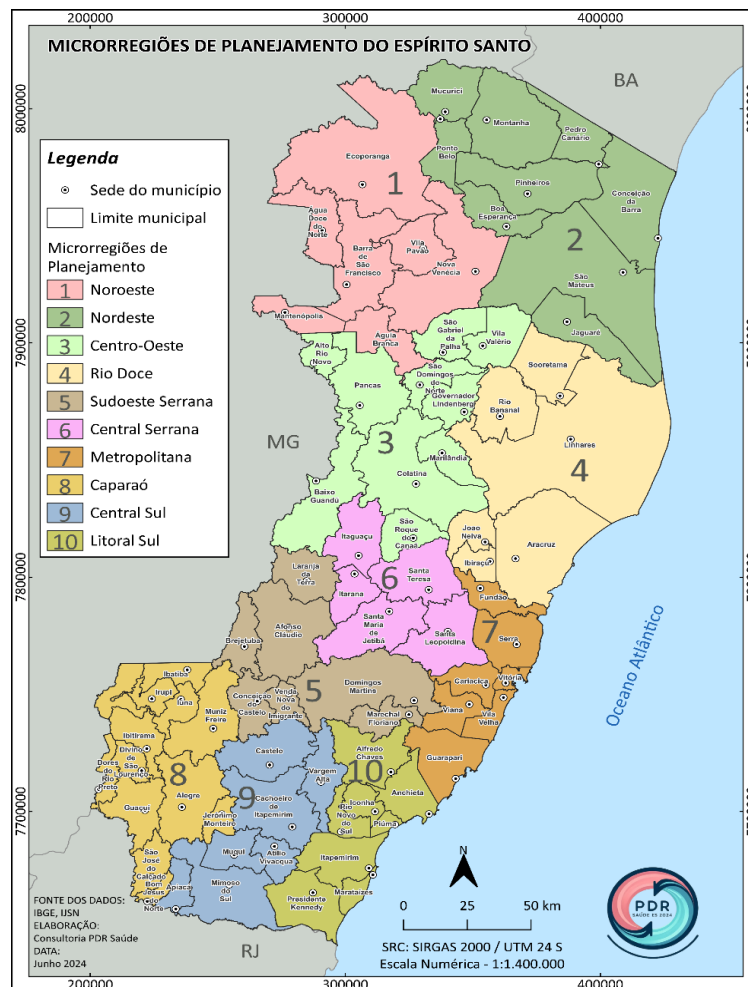
Figura 7 – Macrorregiões de Planejamento do Espírito Santo



Fonte: Consultoria PDR Saúde

É necessário 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 necessidade de que o Conselho Regional de Desenvolvimento Sustentável (CDRS) seja multidisciplinar, não substituindo as estruturas de participação existentes, mas desempenhando um papel de articulação e integração (IJSN, 2022).

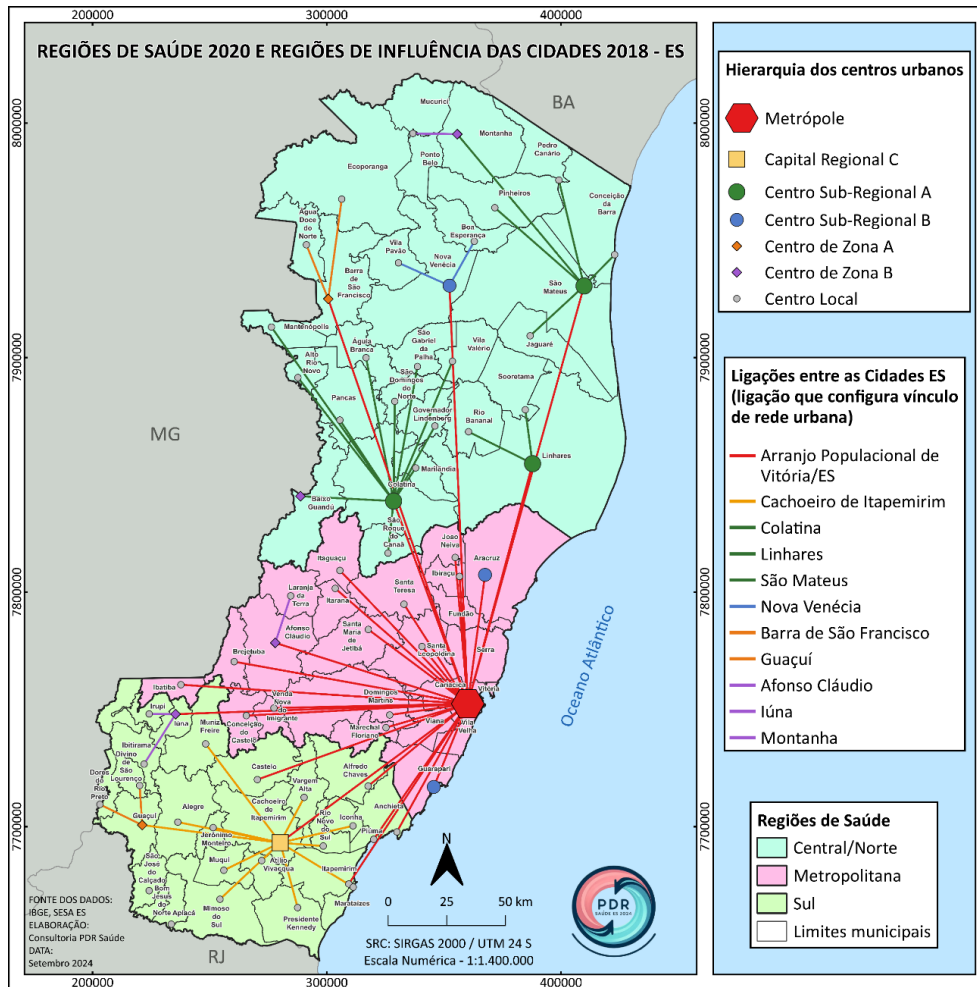
Figura 8 – Microrregiões de Planejamento do Espírito Santo



As microrregiões do projeto DRS agregou municípios segundo vocação econômica (habilidades e potencialidades) como café, mármore, turismo, pesca etc. agregados em torno dos municípios-polos para soluções solidárias.

# REGIONALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO LOCAL – AS REDES DE INFLUÊNCIA DAS CIDADES

Figura 9 – Regiões de Saúde 2020 X Regiões de Influência das Cidades 2018 ES



Fonte: Consultoria PDR Saúde

Ao se considerar que o espaço geográfico não é homogêneo e nem apresenta padrões aleatórios, e que se organiza conforme dinâmicas sociais, econômicas e culturais, dois conceitos são fundamentais para o planejamento territorial: regiões de saúde e regiões de influência das cidades. Ambos ajudam a estruturar fluxos para a prestação de serviços e a compreender a relação entre os centros urbanos e seus territórios vizinhos.

No SUS, as regiões de saúde são delimitadas para garantir o acesso adequado da população aos serviços médicos, considerando infraestrutura, demanda e identidade socioeconômica. Essa divisão otimiza recursos e planeja investimentos de forma eficiente. Já as regiões de influência das cidades, definidas pelo IBGE (REGIC 2018), analisam a posição urbana e a capacidade de uma cidade atrair pessoas para trabalho, estudo,

comércio e serviços. São Paulo e Rio de Janeiro, por exemplo, possuem influência nacional, enquanto cidades menores desempenham papéis regionais.

No Espírito Santo, Vitória (região metropolitana) é uma metrópole estadual, seguida por Cachoeiro de Itapemirim (capital regional), Colatina, Linhares e São Mateus (centros sub-regionais), além de polos menores, como Guarapari e Barra de São Francisco. Já os centros locais abrangem municípios com influência restrita ao próprio território. O entendimento dessas divisões é essencial para o planejamento em saúde pública. Ele permite organizar serviços conforme as necessidades da população, evitar sobrecarga em centros urbanos maiores e garantir atendimento em locais estratégicos. Além disso, com a digitalização da saúde, a estruturação dessas redes facilita a telessaúde, a integração de prontuários e a descentralização do atendimento, diminuindo desigualdades e melhorando a qualidade de vida.

Sendo assim, tanto as regiões de saúde quanto as de influência urbana são redes de conexão – de pessoas, serviços e informação. Um planejamento eficiente fortalece essas redes, garantindo que o desenvolvimento e a saúde cheguem a todos os cidadãos, independentemente de onde estejam.

## 5 – O CAMINHO METODOLÓGICO DO PDR 2024-2025

Entender a necessidade de revisão de regiões de saúde, em poucos anos de sua delimitação anterior, não havendo nenhum fenômeno que justificasse a mudança da identidade regional, ou a dinâmica espacial, exigiu cuidado na escolha do caminho metodológico.

Caminho esse que garantisse a maior participação dos representantes municipais, estaduais e da sociedade civil a buscar sua identidade e despertar o pertencimento, reafirmar o compromisso ético-político dos participantes, envolvendo os atores numa experiência de compartilhamento de saberes, comprometida com a democracia e a equidade, para que, a partir do momento de definição dos traçados, se consolidasse a responsabilidade sanitária.

Assim, para preparar o tempo do futuro do que seria o traçado espacial, foi necessário criar etapas que agilizassem o conhecimento da dimensão das necessidades de saúde, do acesso aos serviços de saúde, além das características municipais importantes, que favorecessem o anúncio das identidades e descortinassem as necessidades de saúde, para que os municípios agregados buscassem soluções solidárias para melhor qualidade de vida.

A metodologia empregou quatro estratégias de desenvolvimento para garantia do resultado final, isto é, o novo traçado. Foi apresentada e aprovada pela SESA/ES e COSEMS em 24/05/2024, e encaminhada à OPAS como **Produto1- Desenho metodológico validado pela SESA e COSEMS**.

### 5.1 – Revisão bibliográfica e pesquisa documental

Análise dos documentos oficiais produzidos pelo Governo do Espírito Santo, Secretaria do Estado de Economia e Planejamento (SEP), Secretaria de Estado de Saúde (Sesa), Planos Microrregionais e Estadual, boletins e relatórios epidemiológicos, Programação Pactuada Integrada, Redes de Atenção à Saúde implantadas, publicações do Instituto Jones dos Santos Neves, jornais e anuários, bancos de dados referentes a saúde da população, dados socioeconômicos e ambientais de importância para o entendimento do processo de adoecimento dos territórios e o desenvolvimento social do Espírito Santo desagregado por municípios.

### 5.2 – Análise dos dados coletados

No Brasil, os principais sistemas de informação em saúde são produzidos e mantidos principalmente pelo Ministério da Saúde, em colaboração com outros órgãos e instituições. Assim, foram usados os dados Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS); Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS); Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o e-SUS Atenção Básica. Além dos dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O produto dessa análise pode ser verificado na realização dos três cadernos Regionais, disponibilizados on-line no site da SESA por regiões de Saúde, de acordo com o traçado de 2020. Os cadernos são acompanhados de um tutorial para estudo prévio, com análise de “Situações Chaves”<sup>1</sup> da saúde estadual, confeccionados em linguagem simples e inclusiva, facilitando o entendimento, pelos diferentes atores sociais convidados, das causalidades dos agravos. Foram aprovados pela SESA/ES e COSEMS e encaminhados à OPAS em 19/08/2024 como: **Produto 2 - Documento técnico com diagnóstico situacional regional/ estadual e Cadernos de mapas georreferenciados dos municípios das Regiões de Saúde Central-Norte, Metropolitana e Sul.**

### 5.3 – O Geoprocessamento em Saúde

A metodologia de geoprocessamento em saúde teve o propósito de produzir os cadernos (atlas) e os mapas municipais com análises dos eventos de cada município. Esses mapas demonstram graficamente os fatos analisados nos territórios e, assim organizados por localização, permitiram novos tipos de análise e visualização.

A área de estudo correspondeu aos 78 municípios do Estado, que em 2022, atingiu a marca de 3.833.712 habitantes (IBGE, Censo Demográfico), e possui uma área de 46.089,660 km<sup>2</sup> (Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal (IDAF)). Utilizando a ferramenta de software de Sistemas de Informação Geográfica (SIG), gratuito e de código aberto “QGIS”, os dados foram originados dos Sistema de Informação da Saúde (SIS) do Censo Demográfico 2022 do IBGE, processados e produziram mapas temáticos.

Foram confeccionados mapas de vigilância em saúde com objetivo de conhecer a distribuição de doenças e outros agravos à saúde, assim como mapas de diagnóstico territorial em saúde, permitindo diagnosticar a situação de saúde da população em diferentes áreas do Estado. Mapas de planejamento em saúde, enfatizando a utilização deles para auxiliar no planejamento de ações e serviços de saúde, bem como mapas de análise demográfica e epidemiológica, que permitissem compreender a demografia, a distribuição étnica, fluxo de transporte e pessoas, entre outros.

---

<sup>1</sup> As “Situações Chaves” denominadas neste documento se referem àquelas situações que, quando analisadas, descortinam uma rede de causas sob responsabilidade das políticas setoriais, que de forma consciente, na visão crítica e na melhor evidência científica disponível, ajuda na tomada de decisão sobre as necessidades das comunidades.

## 5.4 – Cartografia em Saúde

A cartografia revela o conteúdo essencial de um território, destacando tanto a presença quanto a ausência de elementos significativos para as populações locais, fomentando o senso de pertencimento e orientando decisões territoriais.

A partir desse entendimento, o traçado nos territórios/mapas passa a ter conteúdo (Bedin, 2014).

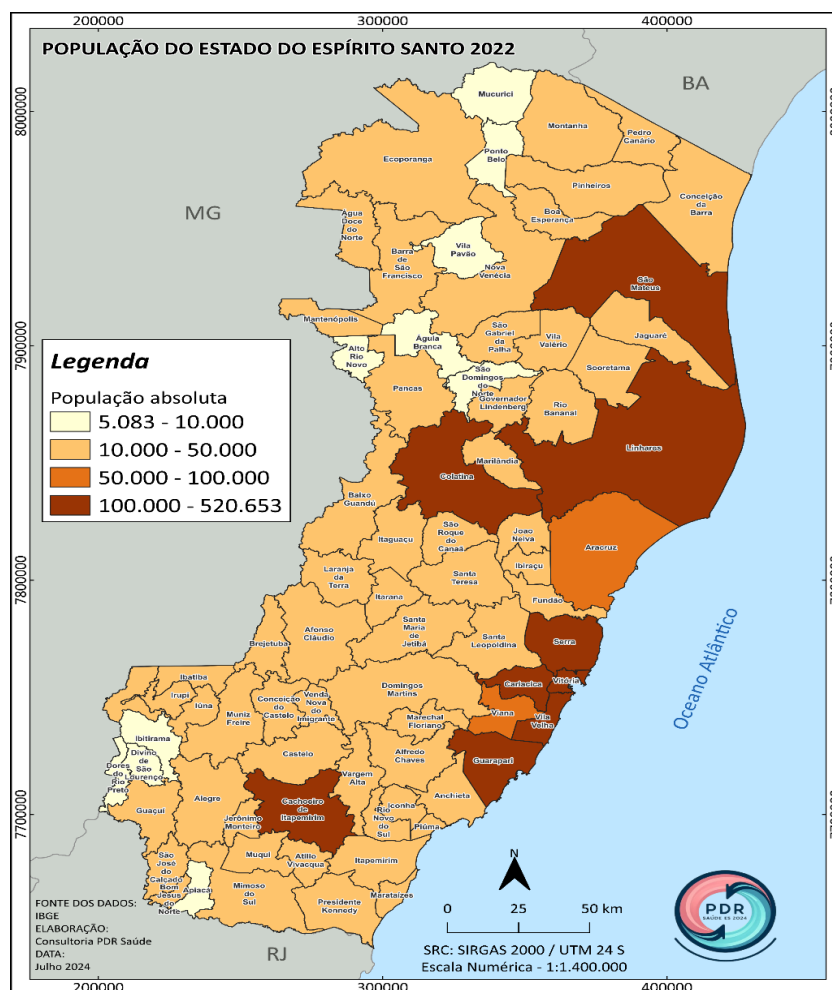
Criar “Regiões” e marcar território de ação deve ser interpretado na totalidade do conteúdo que inscreve as formas do traçado. Sendo assim, dois conceitos se reafirmam no espaço simbólico partilhado pela linguagem regional onde se constrói as territorialidades. O primeiro é o de entender que a territorialidade não é apenas viver em um espaço geográfico, mas estar em comunhão com ele, local onde se cria a solidariedade, e o segundo é o reconhecer-se, pertencer ao lugar, viver o espaço que dá a cada indivíduo a responsabilidade de zelo e desenvolvimento (Santos, 1992).

## 6 – CONHECENDO O ESPAÇO E SEUS LUGARES

### 6.1 – Demografia

A densidade populacional e a distribuição etária influenciam a demanda por serviços de saúde. A demografia influencia o perfil epidemiológico de uma população, uma vez que os padrões de distribuição das doenças e agravos à saúde, isto é, fatores como idade, sexo, raça e etnia, podem determinar a prevalência de certas doenças. A localização dos serviços de saúde e a infraestrutura de transporte influenciam o acesso da população aos cuidados de saúde, como nas áreas rurais ou remotas que podem apresentar maiores dificuldades de acesso. Áreas com maior pobreza e desigualdade social podem apresentar maiores casos de doenças e menor acesso aos serviços de saúde.

Figura 10 – População 2022 ES



Fonte: Consultoria PDR Saúde.

É necessário considerar as características da população e do território para definir prioridades, alocar recursos e organizar os serviços de saúde orientando as políticas públicas e a tomada de decisão.

O Censo Demográfico 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), registrou no Espírito Santo uma população de 3.833.712 habitantes, que representa a 15ª maior população e a 12ª maior taxa de crescimento entre as unidades da Federação. Entre os municípios, a maior e a menor taxa de crescimento foram registradas, respectivamente, em Presidente Kennedy (29,86%) e Pancas (-12,32%).

Entre 2010 e 2022, 23 municípios perderam população, sendo os que mais perderam população Cachoeiro de Itapemirim com 18% do total; Pancas com 12,7% e; Pedro Canário com 10,9%. Por outro lado, 55 municípios ganharam população, sendo os que mais aumentaram: Serra com 30,5% do ganho populacional; Vila Velha com 15,7% e; Linhares com 7,6% (IJSN, 2022).

Apesar de todas as regiões de Saúde do Espírito Santo estarem passando pela transição demográfica, a perda de população em municípios pequenos traz uma perspectiva preocupante com relação a perda de incentivos financeiros, que têm como cálculo a base populacional, como a área da saúde e o reflexo na diminuição da população economicamente ativa, que saem para cidades maiores, refletindo também na queda da taxa de natalidade, o que impede a reposição populacional, que deve ser igual ou maior que 2,1 filhos por mulher ao longo da vida.

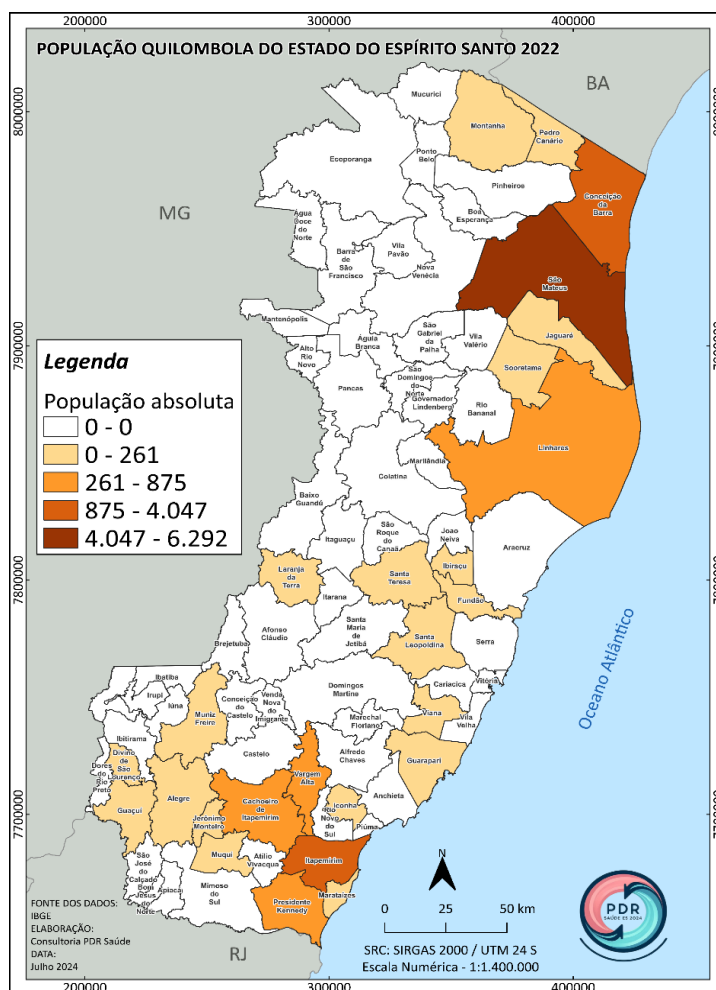
## 6.2 – Etnias

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, determina as características genéticas e trazem a probabilidade para determinadas doenças.

### Quilombolas

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 quilombola do Estado. Dos 78 municípios, 26 têm população quilombolas, totalizando um contingente de 15.652 pessoas em todo o Estado.

Figura 11 – População Quilombola 2022 ES



Fonte: Consultoria PDR Saúde.

O censo demonstrou ainda que 90% dos quilombolas em territórios delimitados convivem com precariedades no saneamento básico, mas mantêm 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. Esta última afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo e possui frequência relativamente alta em negros americanos (13%). Ela resulta na destruição dos glóbulos vermelhos, levando à anemia hemolítica, sendo um distúrbio genético ligado ao cromossoma X (MS, 2017).

## Pomeranos

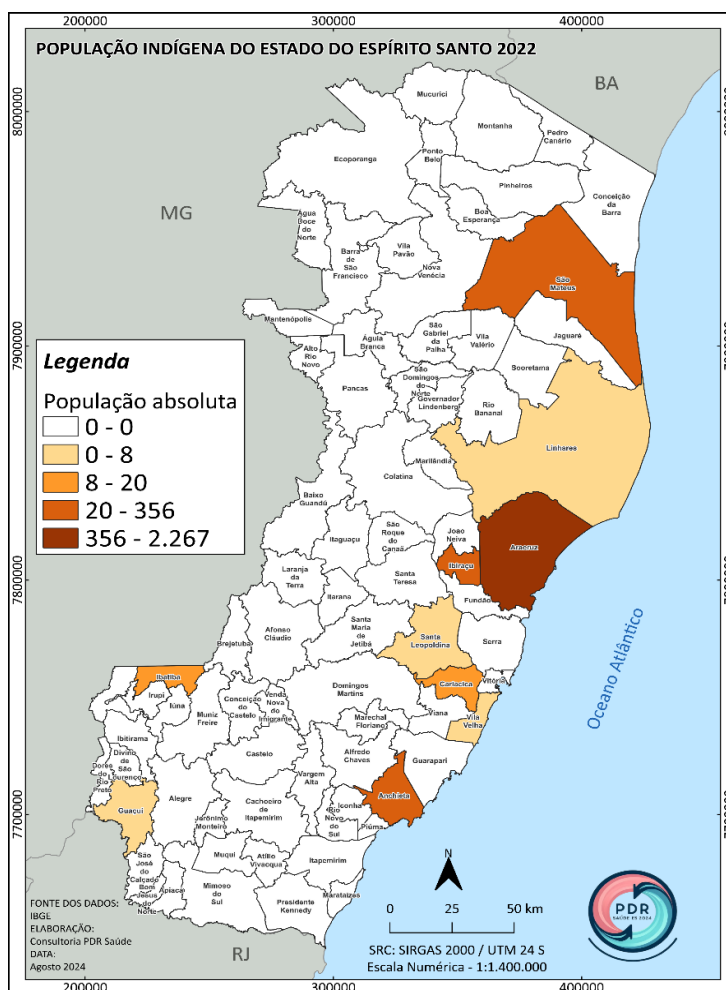
Os primeiros imigrantes pomeranos chegaram ao Espírito Santo em 1859, perfilando vários municípios com quantitativo expressivo de pomeranos. Segundo Manske (2015), atualmente, os municípios do Espírito Santo em que se estabelecem os descendentes de pomeranos de forma mais representativa são: Santa Maria do Jetibá; Santa Leopoldina; Domingos Martins; Santa Teresa; Itarana; Laranja da Terra; Afonso Claudio; Baixo Guandu; Colatina; Pancas; São Gabriel da Palha; Barra de São Francisco; Vila Valério e; Vila Pavão.

A maior colônia pomerana do mundo está no Espírito Santo reunindo cerca de 140 mil pessoas, e o município de Santa Maria do Jetibá, localizado na região serrana do estado, é considerado a cidade “mais pomerana do Brasil”. Pelos hábitos e características genéticas desta população, ela está exposta a agravos com algumas diferenças da população geral, principalmente direcionados aos cânceres de pele.

## 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)

Figura 12 – População Indígena 2022 ES



Fonte: Consultoria PDR Saúde

## Italianos

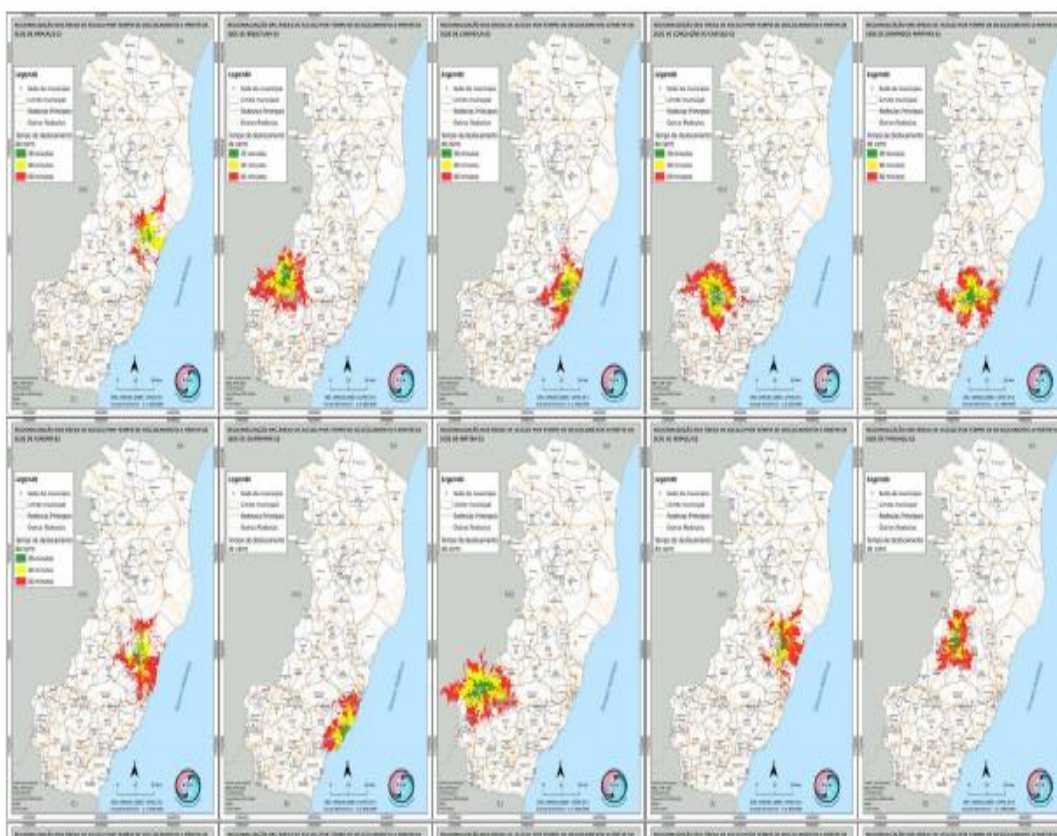
Os Italianos no Espírito Santo estão distribuídos em muitos municípios, sendo o de maior identidade italiana o de Santa Teresa. Outros municípios distribuídos ao norte e ao sul mantêm famílias de descendência italiana, com preservação da cultura dos ancestrais em grandes famílias como em Colatina, Venda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

## 7 – AS BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE

Em relação ao acesso e a utilização dos serviços de saúde, modelos conceituais foram desenvolvidos nos últimos anos. Esses modelos salientam que o acesso aos serviços de saúde deve ser analisado a partir da perspectiva dos objetivos da política de saúde e das características intrínsecas ao sistema de saúde. Os resultados obtidos, a partir da análise do acesso, precisam ser vistos como fatores que afetam a utilização do serviço, assim como o estado de saúde individual e os comportamentos de saúde.

### 7.1 – Barreiras Geográficas

Figura 13 – Tempo de deslocamento ES



Fonte: Consultoria PDR Saúde.

As barreiras geográficas, especialmente aquelas relacionadas ao tempo e a distância, têm um impacto direto no acesso da população aos serviços de saúde. A capacidade de deslocamento de uma pessoa entre sua residência e um hospital, posto de saúde ou farmácia depende das infraestruturas disponíveis, principalmente as rodovias e sistemas de transporte.

Regiões com boas estradas e transporte eficiente permitem um acesso mais rápido aos atendimentos de emergência e consultas médicas, reduzindo riscos à saúde. Por outro lado, comunidades distantes ou com vias precárias enfrentam dificuldades para chegar aos serviços de saúde, o que pode levar ao agravamento de doenças, atraso em tratamentos e aumento da mortalidade, especialmente em situações de urgência, como infartos ou complicações no parto. Assim, o planejamento da infraestrutura viária e a organização dos serviços de saúde devem considerar essas barreiras, garantindo que todos tenham acesso ágil ao atendimento necessário.

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 barreira o tempo necessário para acessar determinados espaços se torna 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.

## 7.2 – Barreiras Culturais

As barreiras associadas aos aspectos culturais se referem 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, que exigem uma atitude dos profissionais de saúde para reconhecer a diversidade cultural das comunidades e planejar sobre as necessidades dos territórios, no chamado sensibilidade cultural das práticas (Cross et al, 1989). Transpor essas barreiras não envolve apenas a incorporação crítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica, mas tem implicações na percepção subjetiva de um mal estado de saúde pelos indivíduos, que pode ser conseguida pela Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde.

## 7.3 – Barreiras Institucionais

As barreiras institucionais são os obstáculos criados pela própria instituição de saúde, que nega a possibilidade de acesso pela população, impedindo a resolução de suas

necessidades em qualquer nível do SUS, seja em nível municipal, estadual ou nacional, que não desenvolvem as políticas de saúde de acordo com a necessidade das comunidades e que criam exclusão por preconceito ou favorecimentos dentro das instituições. Alguns exemplos demonstram a inexistência de acesso derogando o direito à integralidade do cuidado, o que vai repercutir em faixas etárias importantes e no ciclo de vida das pessoas. As análises buscam fatores condicionadores, facilitadores ou impeditivos do acesso.

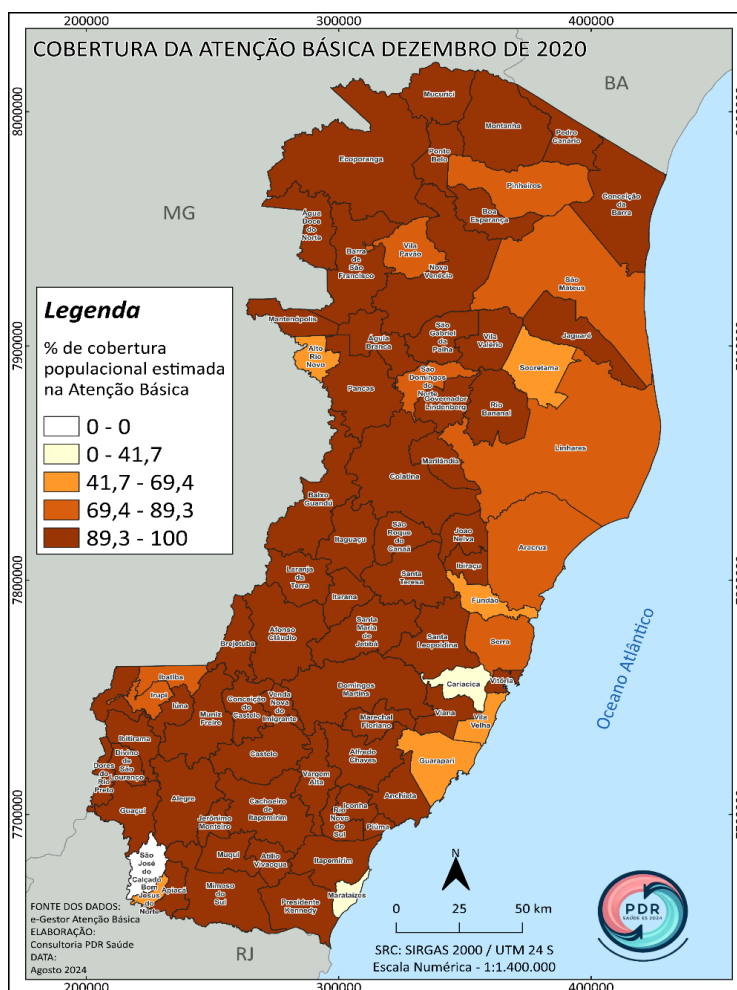
## Atenção Primária à Saúde – APS

Entre os instrumentos que qualificam e rompem barreiras institucionais, apoiada pela política nacional de saúde, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada pelo Ministério da Saúde com o propósito de “reorganizar a prática da atenção à saúde 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).

A APS é a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde do SUS, e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (PES 2024-2027). É o centro de comunicação com toda a rede de serviços de saúde, onde os princípios universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade devem ser garantidos. A porta fechada da APS é a maior barreira do SUS.

Apesar do aumento de cobertura do acesso à Atenção Primária em Saúde no Espírito Santo, ainda existem 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.

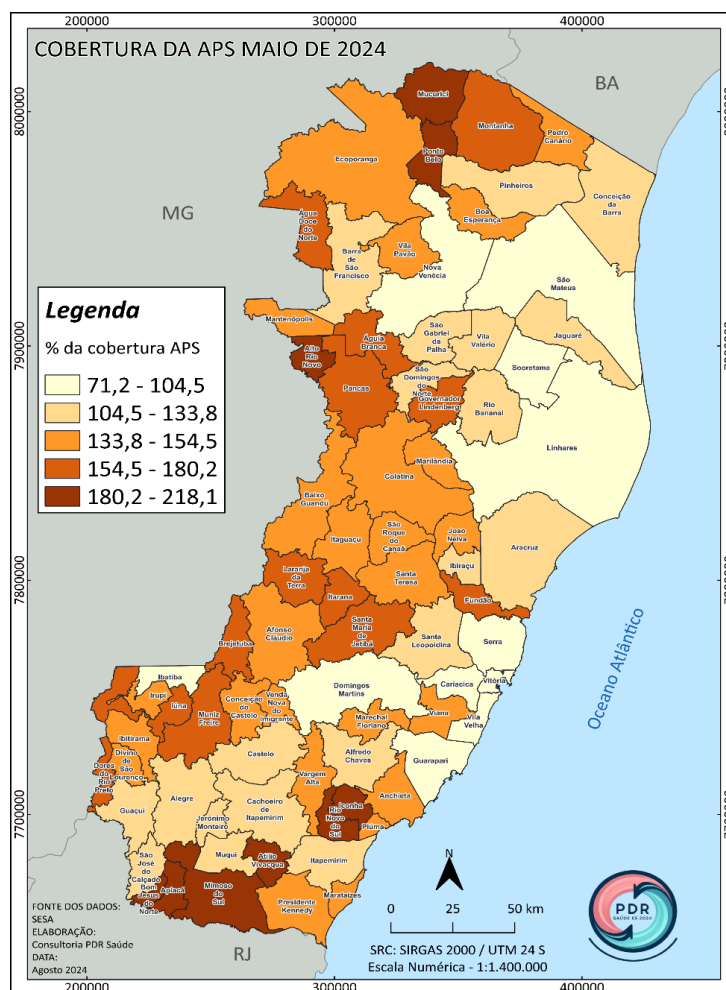
Figura 14 – Cobertura Atensão Básica 2020 ES



Fonte: Consultoria PDR 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 às Unidades Básicas de Saúde (UBS), vamos encontrar coberturas superiores a 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 e municipal, e do Distrito Federal, com recursos próprios desses entes.

Figura 15 – Cobertura Atenção Primária à Saúde 2024 ES



Fonte: Consultoria PDR Saúde.

As coberturas não revelam o cenário municipal específico da estrutura, organização e cobertura real das unidades de saúde e suas equipes em cada território, sendo de pouca valia no planejamento municipal.

Outra barreira institucional que dificulta o acesso da população é a oferta de serviços odontológicos, especialmente os de reabilitação, além dos preventivos e curativos.

## Atenção Odontológica

Existe uma grande necessidade em saúde bucal, aliada à prevenção e promoção da saúde para que os agravos relacionados à 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.

Figura 16 – Atenção Odontológica ES



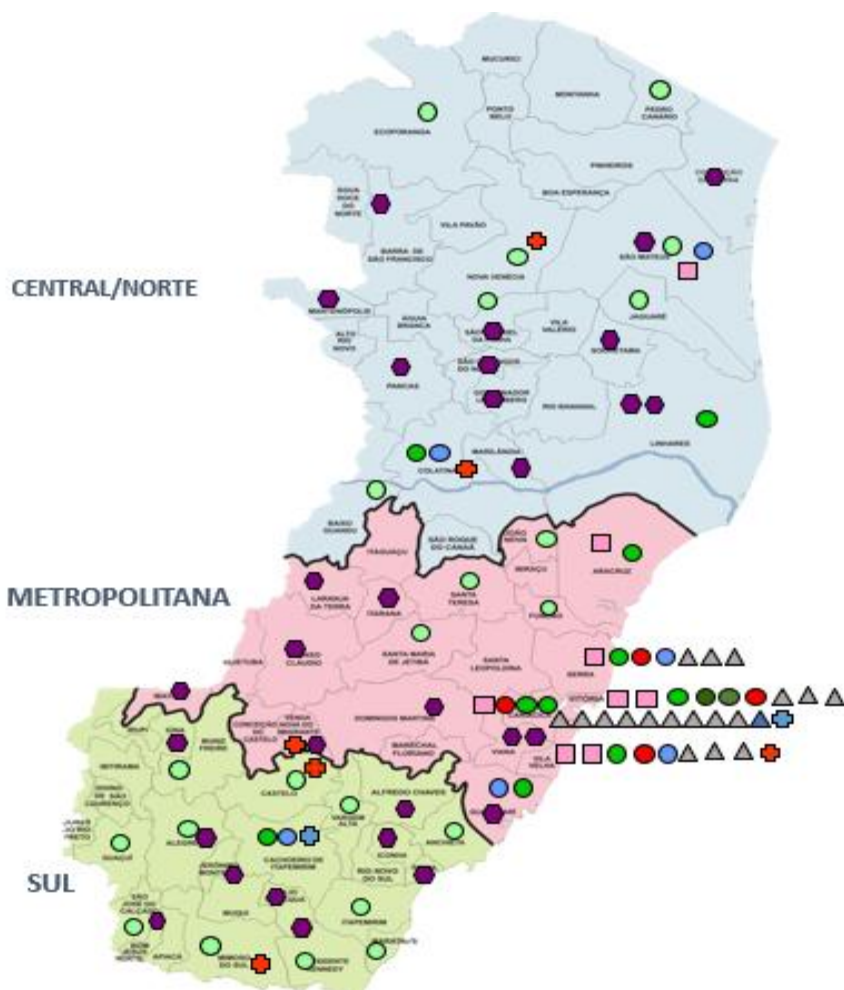
Fonte: SESA

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.

### Atenção Psicossocial

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 o colocar na linha de cuidado.

Figura 17 – Rede de Atenção Psicossocial ES 2024



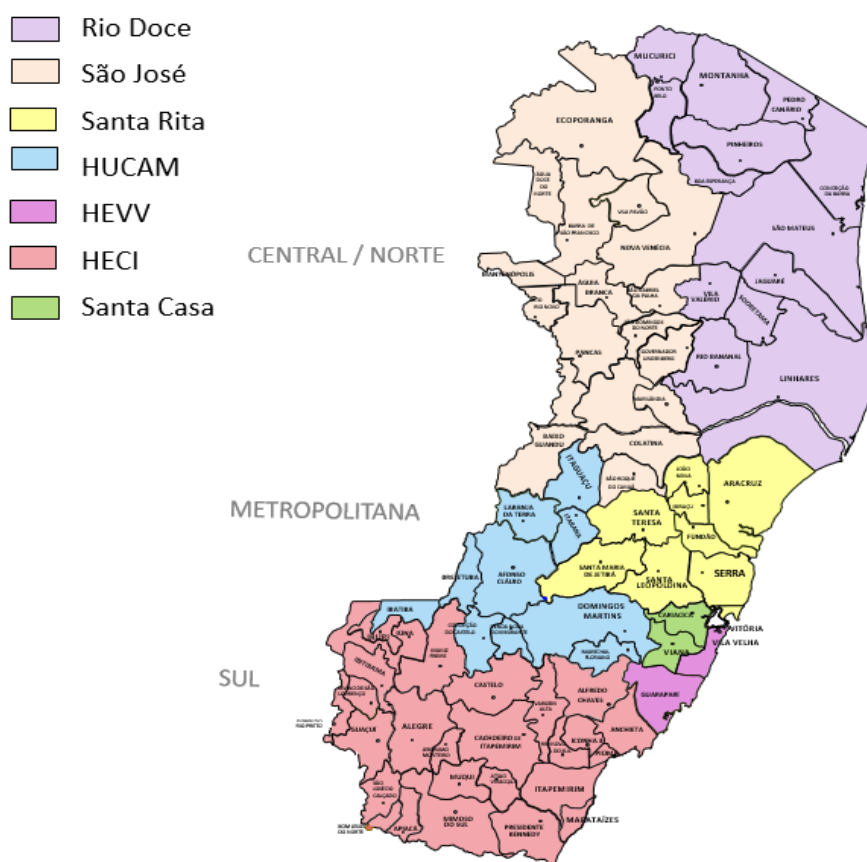
Fonte: SESA

O cuidado psicossocial se estabelece na Rede de Atenção Psicossocial, que é formada por pontos de atenção em diferentes níveis de complexidade, abrangendo 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 têm 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 Espírito Santo 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 Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória – HINSG, em Vitória-ES, referência para todos os 78 municípios do estado (SESA/GEPORAS, 2024).

A barreira institucional criada pela falta de pontos de atenção especializados para oncologia leva os pacientes a se deslocarem para outras cidades para fazer tratamento, com impacto grande na vida, na família, nas questões financeiras. Estudos no Brasil revelam que após o diagnóstico, 55,5% dos 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.

Figura 18 – Rede de oncologia – adulto no ES, 2022.



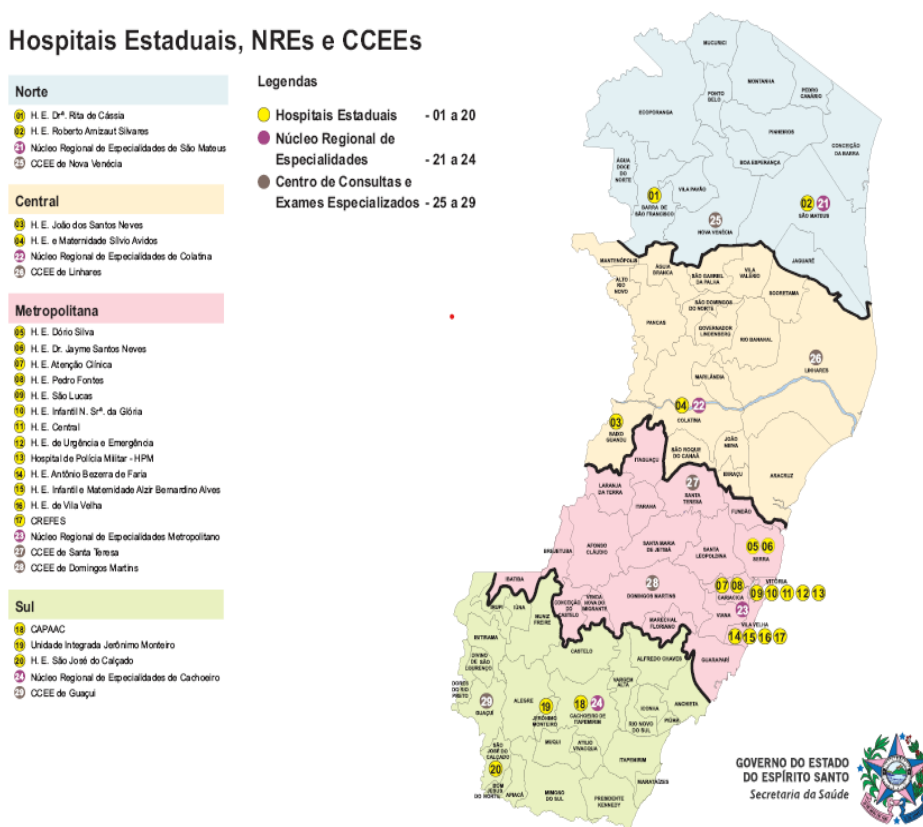
Fonte: SESA

## 8- 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, 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 há insuficiência de serviços na atenção especializada, pois a oferta de consultas e Serviços de Atenção Diagnóstica e Terapêutica (SADT) de média complexidade ainda representam 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).

Figura 19 – Hospitais estaduais, NREs e CCEEs.

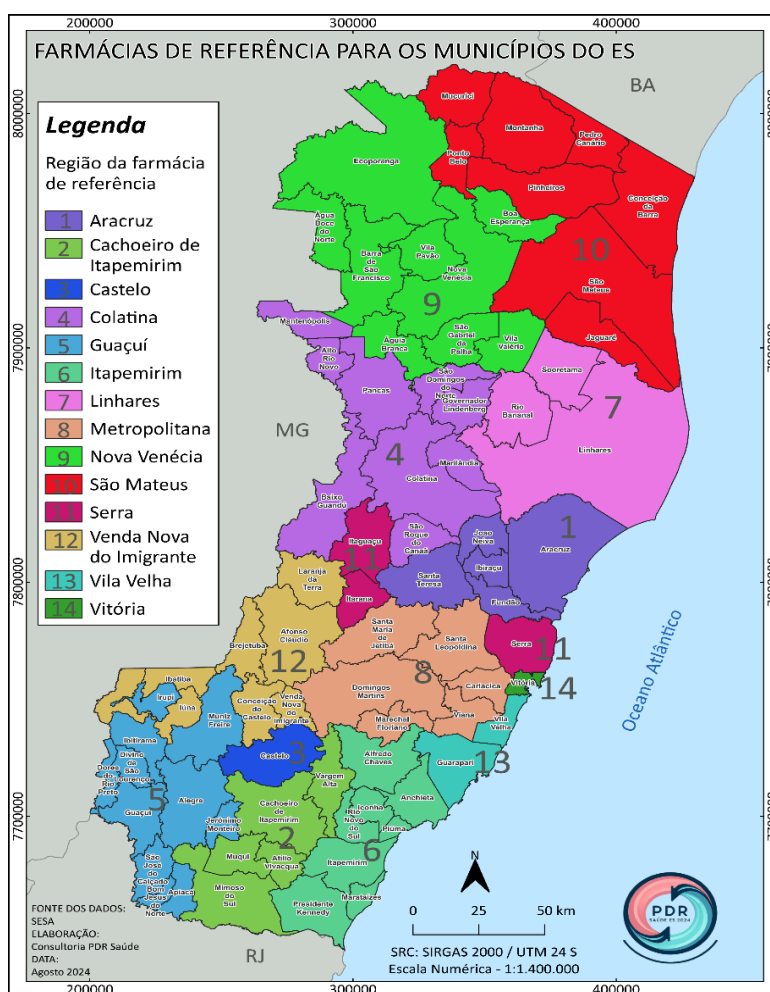


Fonte: SESA.

Para que a integralidade da atenção se qualifique, os serviços da APS necessitam do acesso a exames complementares e a especialistas, em tempo oportuno. 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.

## 8.1 - Acesso a Medicamentos

Figura 20 – Farmácias de referência no ES.



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 SUS o fornecimento de medicamentos para alguns cidadãos.

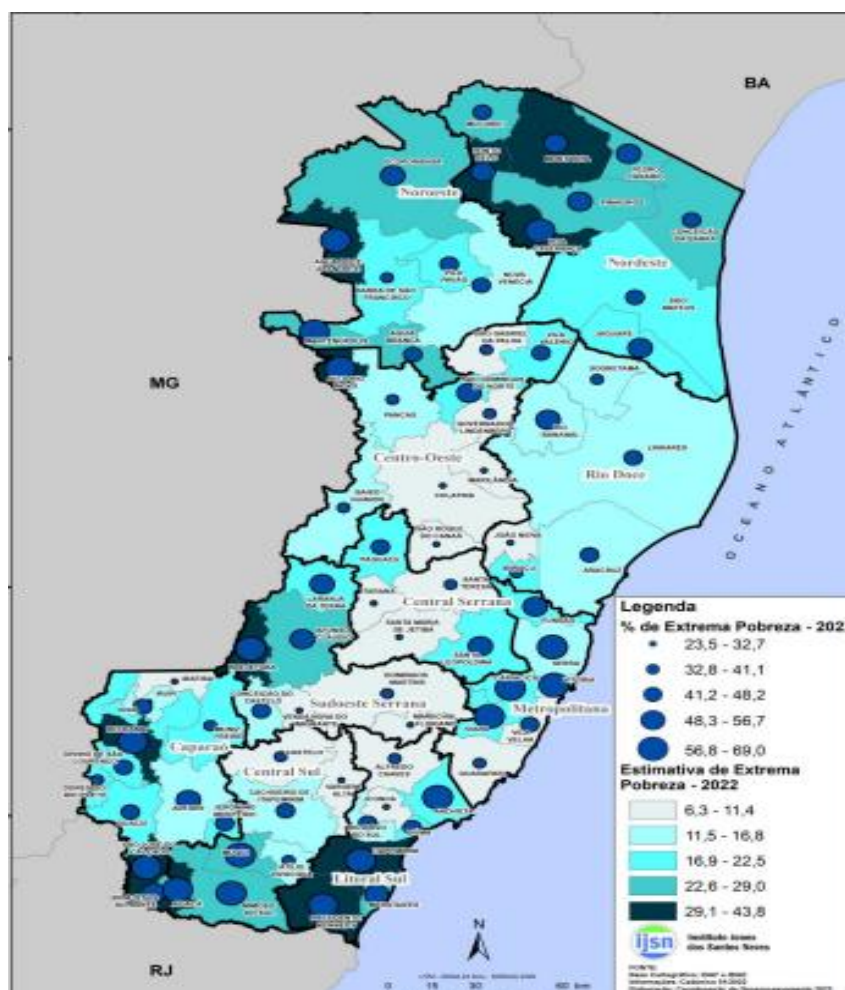
Os medicamentos disponíveis nas farmácias cidadãs estaduais pertencem ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), que consiste em garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, das linhas de cuidado que estão definidas pelo MS. São dispensados nas 13 unidades de farmácias cidadãs estaduais, sendo quatro farmácias de grande porte (que atendem em média 550 pacientes/dia), cinco de médio porte (que atendem em média 300 pacientes/dia) e quatro farmácias de pequeno porte (que atendem em média 200 pacientes/dia). Em 2024, as farmácias cidadãs realizaram a dispensação de medicamentos, formulas nutricionais e insumos para cerca de 121 mil pacientes com o índice médio de cobertura dos itens padronizados de 98%.

## 8.2 - Condições de Vida e Saúde

### Pobreza Monetária

Segundo o Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN), o número de famílias cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) no ES, em 2022, correspondia 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 3 salários-mínimos.

Figura 21 – Perfil da pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CadÚnico, 2022 – ES.



Fonte: IJSN

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.

Dentre as pessoas inscritas no CadÚnico, a distribuição por raça/cor, aferida por autodeclaração, é de 72,4% se autodeclararam negros, 26,8% brancas e 0,8% outra. A categoria negra, corresponde ao somatório de pretos e pardos.

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**

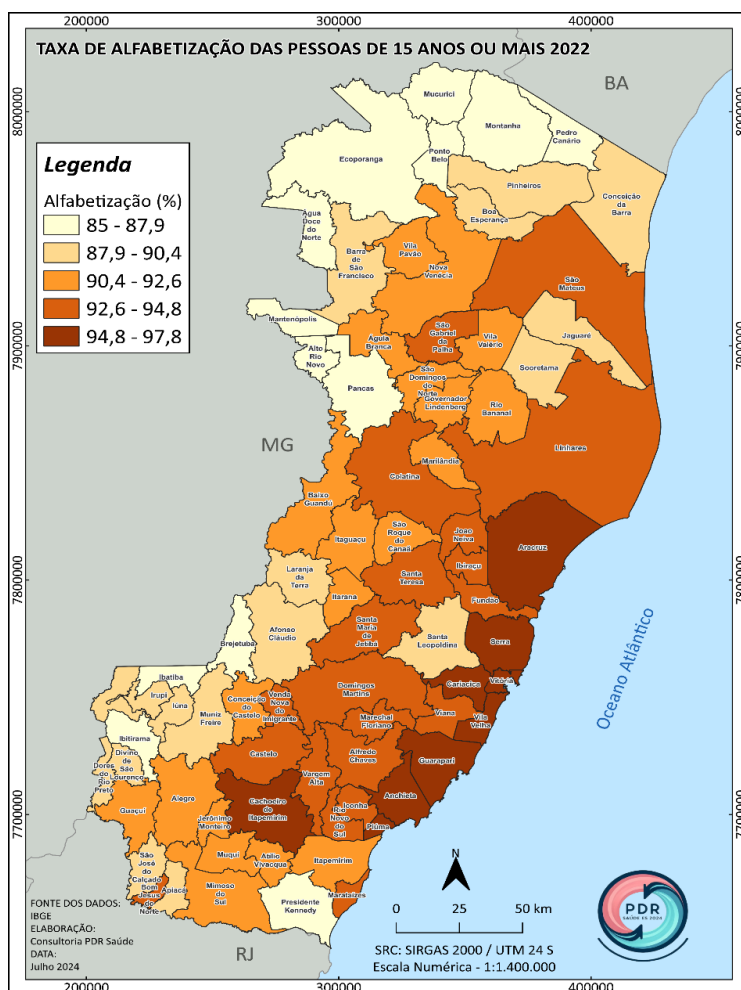
Os primeiros seis anos de vida constituem uma faixa etária prioritária para políticas públicas que visam a reduzir a vulnerabilidade infantil, minimizar doenças e aprimorar o desempenho educacional futuro. O cuidado nesse período é fundamental, porque constitui o período sensível para a formação de habilidades 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 sociais, 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 é 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".

Figura 22 – Taxa de Alfabetização em 2022, ES.



Fonte: Consultoria PDR Saúde.

## 9 – SANEAMENTO E DIREITOS HUMANOS

A relação entre saneamento e direitos humanos é fundamental e intrínseca, baseando-se na ideia de que o acesso a serviços de saneamento básico é essencial para a dignidade, saúde e bem-estar de todas as pessoas. O direito ao saneamento foi reconhecido como um direito humano pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2010. A garantia desse direito está intrinsecamente ligada a outros direitos humanos, como o direito à saúde, à vida e à moradia digna.

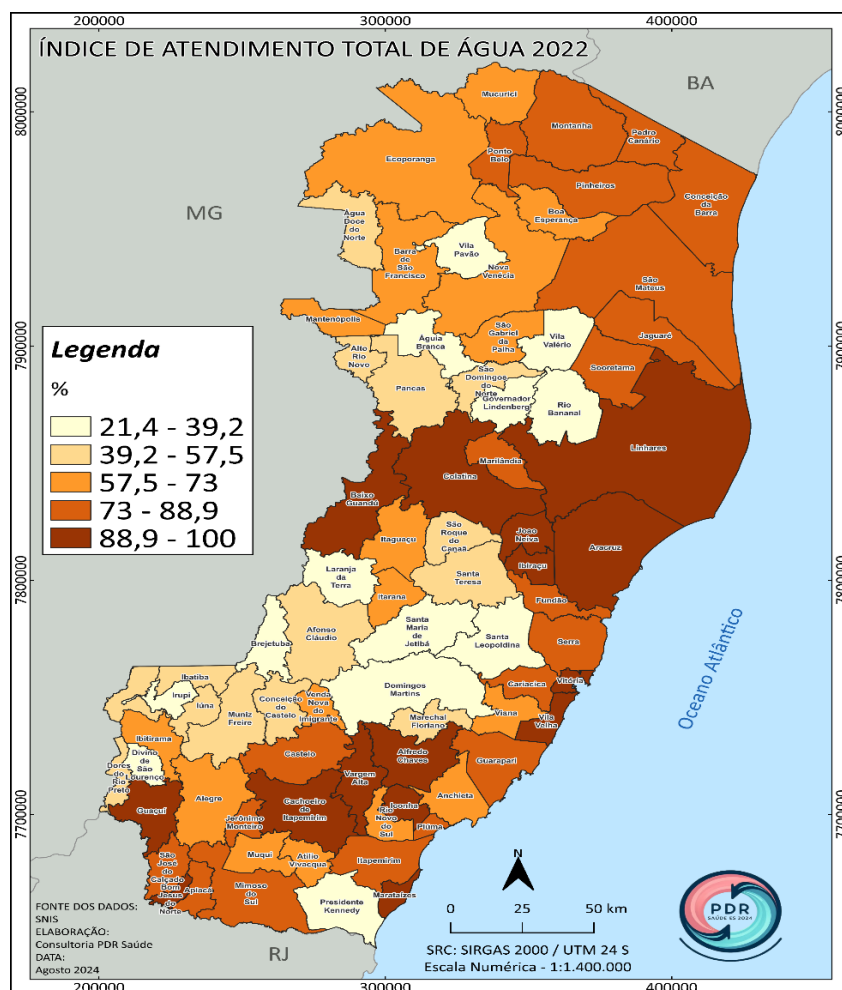
De acordo com o Censo 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e em projeto “IJSN no Censo 2022”, que se baseia nos dados deste censo, o saneamento básico teve um avanço no Espírito Santo. O estado se destaca por apresentar um percentual de 84,3%, acima do resultado 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. 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 a água subterrânea, e os efeitos na saúde das populações, quando transformados em criadouros de vetores de doenças (Gouveia, 2012).

## Água e Saúde

A água potável segura e o saneamento adequado são fundamentais para a qualidade de vida das pessoas. “O direito humano à água prevê que todos tenham água suficiente, segura, aceitável, fisicamente acessível e a preços razoáveis para usos pessoais e domésticos”. (Comité da ONU para os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 2022). No Brasil, 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.

Figura 23 – Índice de atendimento total de água, 2022, ES.

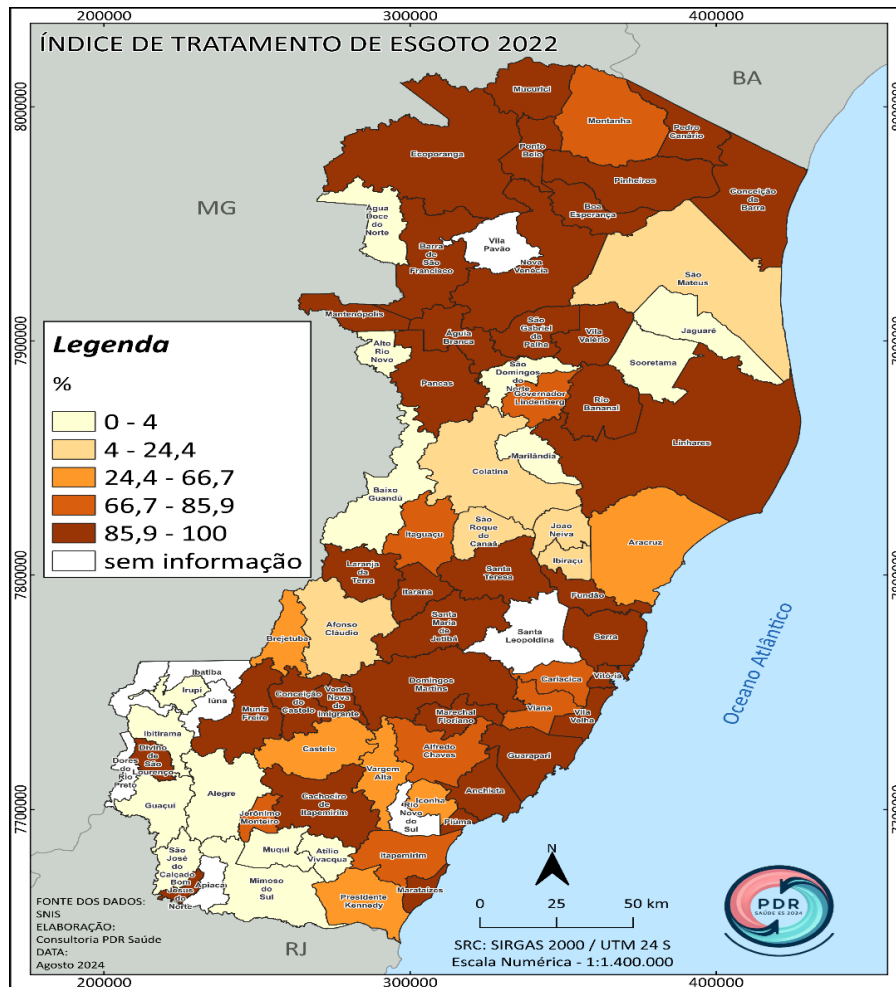


Fonte: Consultoria PDR Saúde.

## 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 ficam 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 ao desequilíbrio do ecossistema local e morte dos seres vivos, devido a eutrofização.

Figura 24 – Índice de Tratamento de Esgoto, 2022, ES.



Fonte: Consultoria PDR Saúde.

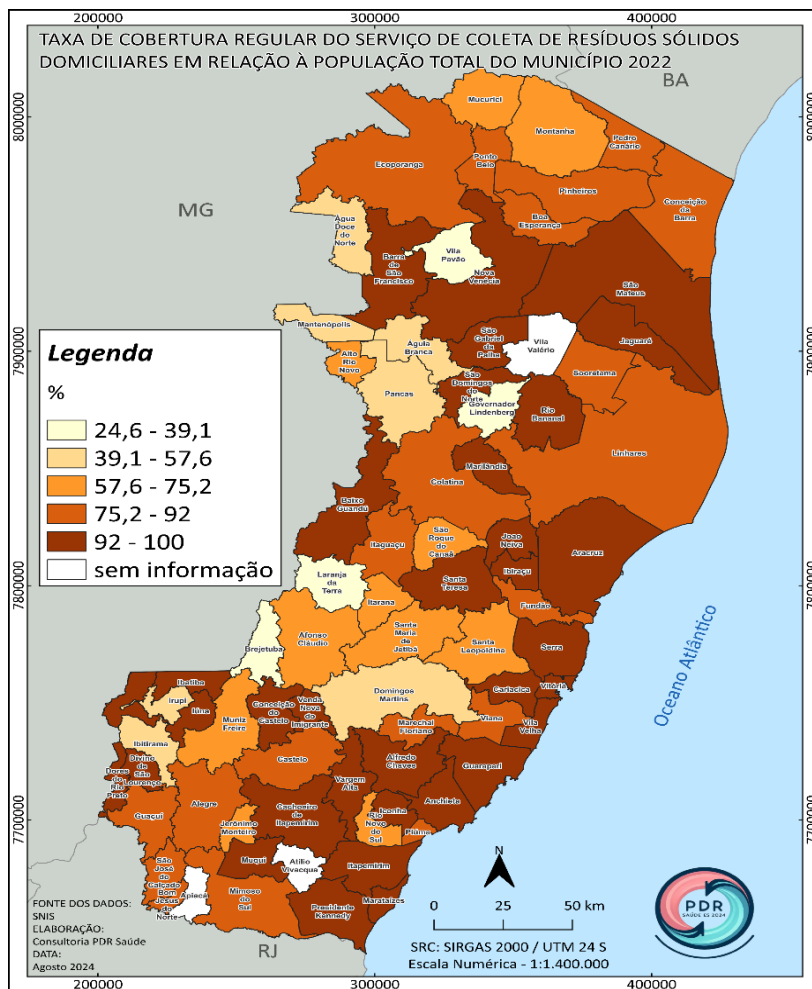
## Lixo – Resíduos Sólidos

Os resíduos sólidos (lixo) constituem-se de todo material descartado produzido, diariamente, na sociedade.

De acordo com a Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos: “**resíduos sólidos**: material, substância, objeto ou bem descartado resultante de atividades humanas em sociedade, a cuja destinação final se procede, se propõe proceder ou se está obrigado a proceder, nos estados sólido ou semissólido, bem como gases contidos em recipientes e líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou em corpos d’água, ou exijam para isso soluções técnica ou economicamente inviáveis em face da melhor tecnologia disponível; (...)”.

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 para amenizar as mudanças climáticas relacionadas à ação humana, e, ao mesmo tempo, garantam a inclusão social e um ambiente saudável.

Figura 25 – Taxa de Cobertura de Resíduos Sólidos, 2022, Espírito Santo.



Fonte: Consultoria PDR Saúde.

## 10- DESASTRES NATURAIS, ENCHENTES, DESLIZAMENTOS DE TERRA, DESMATAMENTO E TEMPESTADES. O ROMPIMENTO DA BARRAGEM DE FUNDÃO, EM MARIANA (MG)

O Espírito Santo, com seu relevo montanhoso e clima tropical úmido, é um estado particularmente vulnerável a deslizamentos de terra, especialmente durante os períodos de chuva intensa. Ao longo de sua história, o estado registrou diversos deslizamentos de terra de grande magnitude, que causaram perdas humanas e materiais significativas.

As áreas montanhosas do estado apresentam encostas íngremes, que são mais suscetíveis a deslizamentos, agravado pelo desmatamento e pela ocupação irregular do solo, como a construção de moradias em áreas de risco, nas encostas de morros, aumentando a vulnerabilidade da população a deslizamentos.

Em 2013, fortes chuvas atingiram o estado, causando deslizamentos de terra em diversos municípios, com destaque para Cariacica e Viana. Os deslizamentos causaram a destruição de casas, estradas e outras infraestruturas, além de deixarem vítimas fatais. Em 2020, os deslizamentos de terras em Alegre, município do sul do estado, casas foram atingidas e destruídas. No ano de 2022, o município de Muqui, no sul do estado, sofreu grandes deslizamentos como consequência de fortes chuvas.

Em março de 2024, as fortes chuvas voltaram a atingir o sul do estado causando deslizamentos de terra e inundações em vários municípios sendo os mais atingidos Alfredo Chaves, Iconha e Mimoso do Sul. Tempestades com ventos fortes, raios e granizo também são comuns no estado, causando danos a telhados, árvores e redes elétricas. Em alguns casos, as tempestades podem ser acompanhadas de chuvas intensas, aumentando o risco de enchentes e deslizamentos.

O desmatamento contribui para a ocorrência de enchentes e deslizamentos, pois a vegetação ajuda a absorver a água da chuva e a estabilizar o solo. As mudanças climáticas podem estar intensificando a frequência e a intensidade de eventos climáticos extremos, como chuvas intensas e tempestades. De acordo com o Atlas da Mata Atlântica, produzido pela Fundação SOS Mata Atlântica, os municípios que mais desmataram no período de 2020 a 2021 foram Linhares (o município capixaba que mais desmatou a Mata Atlântica) e Sooretama, apesar de ter sido o município que mais conservou o seu bioma, também aparece na lista de municípios que mais desmataram.

O rompimento da barragem de Fundão, em Mariana (MG), em 5 de novembro de 2015, é considerado o maior desastre socioambiental do Brasil com impactos no ES, poluindo rios e o mar. A lama tóxica contaminou o Rio Doce e seus afluentes, afetando a qualidade da água e a vida aquática. Os rejeitos chegaram ao mar, impactando o ecossistema marinho e as áreas de manguezal. A foz do Rio Doce, em Linhares (ES), foi fortemente afetada, com a destruição de habitats e a morte de organismos marinhos. Afetou a pesca artesanal, que é uma importante fonte de renda para as comunidades locais. O turismo também foi

impactado, com a redução do número de visitantes nas áreas afetadas. Comunidades inteiras foram afetadas, com a perda de casas, terras e meios de subsistência.

## 11 - MORBIDADE – PROCESSOS DE ADOECIMENTO

O diagnóstico elaborado com dados e informações de diversas fontes, tanto primárias quanto secundárias, produzidas no ES, apresentam situações de agravos à saúde das pessoas, capazes de impedir a melhor qualidade de vida da população, que vive e trabalha em cada município de cada região. As situações analisadas têm o objetivo de provocar uma reflexão crítica sobre as situações de vida e toda a cadeia de acontecimentos que antecedem o desfecho perverso, aqui chamado de “Situações Chaves”, as quais podem revelar riscos e vulnerabilidades não percebidas pelo olhar desatento.

Durante a preparação para as oficinas de revisão e atualização do PDR/2024, as 'Situações Chaves' foram analisadas em cada município. Nas oficinas, a colaboração dos participantes foi crucial para definir a configuração ideal do espaço regional. O objetivo era claro: promover integralidade, saúde em todos os níveis, assistência resolutiva e equidade, além de fortalecer a governança intersetorial das regiões de saúde, baseada na determinação social do adoecimento.

### Agravos e Injúrias

Sob a denominação de agravos à saúde estão incluídos os danos à integridade física, mental e social dos indivíduos, provocados por doenças ou circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesões auto ou heteroinfligidas. O UNICEF Brasil, em seu Relatório de 22 de outubro de 2022, traz o número das injúrias por faixa etária, e 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. O ano de 2020, marcado pelo início da pandemia de COVID-19, trouxe consigo um aumento significativo da vulnerabilidade para muitas crianças. O isolamento social, o fechamento de escolas e a sobrecarga familiar contribuíram para um ambiente propício à violência doméstica.

O Espírito Santo tem apresentado uma tendência de redução nos índices de homicídios nos últimos anos. De acordo com dados do governo do estado, 2024 finalizou com o menor número de assassinatos desde 1996. Apesar da redução nos homicídios, outros tipos de violência, como a violência contra a mulher e a violência doméstica, ainda são um desafio no estado.

## 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.

No ano 2023, no ES, segundo publicação da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSRDS), um total de 21.607 mulheres sofreram violência doméstica no estado, sendo que as maiores incidências ocorreram nas cidades de maior concentração populacional, Vila Velha com 2.225 ocorrências, Serra com 2.187, Cariacica com 1.842, Vitória com 1.398, 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 têm sua ocorrência principalmente 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 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. O crime de estupro de vulnerável também se configura 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.

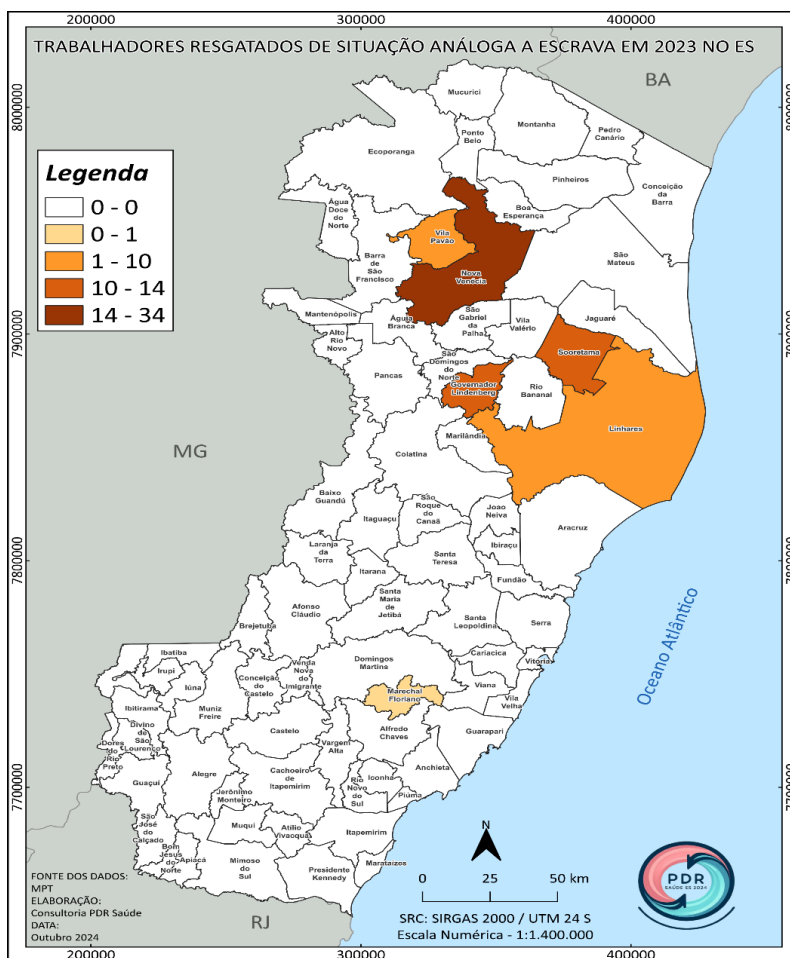
De acordo com a Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (SSODS/ ES), em 2023, ocorreram 1.521 casos de estupros, sendo que 1.130 foram estupros de vulneráveis. Os municípios em que mais ocorreram casos classificados como estupros foram Serra (2.36 casos), Vila Velha (165 casos), Cariacica (159 casos) e Linhares (99 casos).

## Pessoas LGBTQIAPN+

O Plano Estadual de Enfrentamento à LGBTIfobia e a 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 sofre a população LGBTQIAPN+ está relacionado aos atos violentos, que se traduzem com lesão corporal dolosa, homicídio doloso e estupro, sendo o crime de homicídio o de maior ocorrência. (G1, 20/07/2023 e dados da 17ª edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, no ES). No ano 2022, o Espírito Santo foi o estado que registrou maior aumento de homicídios de pessoas LGBTQIA+ em todo o país, e segundo o programa estadual, este aumento se torna preocupante, como também as atrocidades direcionadas à população em situação de rua, que seguem invisibilizadas pela dificuldade de obtenção de dados das ocorrências. Cabe aos serviços de saúde realizarem a notificação no sistema nacional para que se avance na garantia de direitos dessas populações.

Figura 26 – Trabalhadores em Situação Análoga à Escrava, 2023, Espírito Santo.



Fonte: Consultoria PDR Saúde.

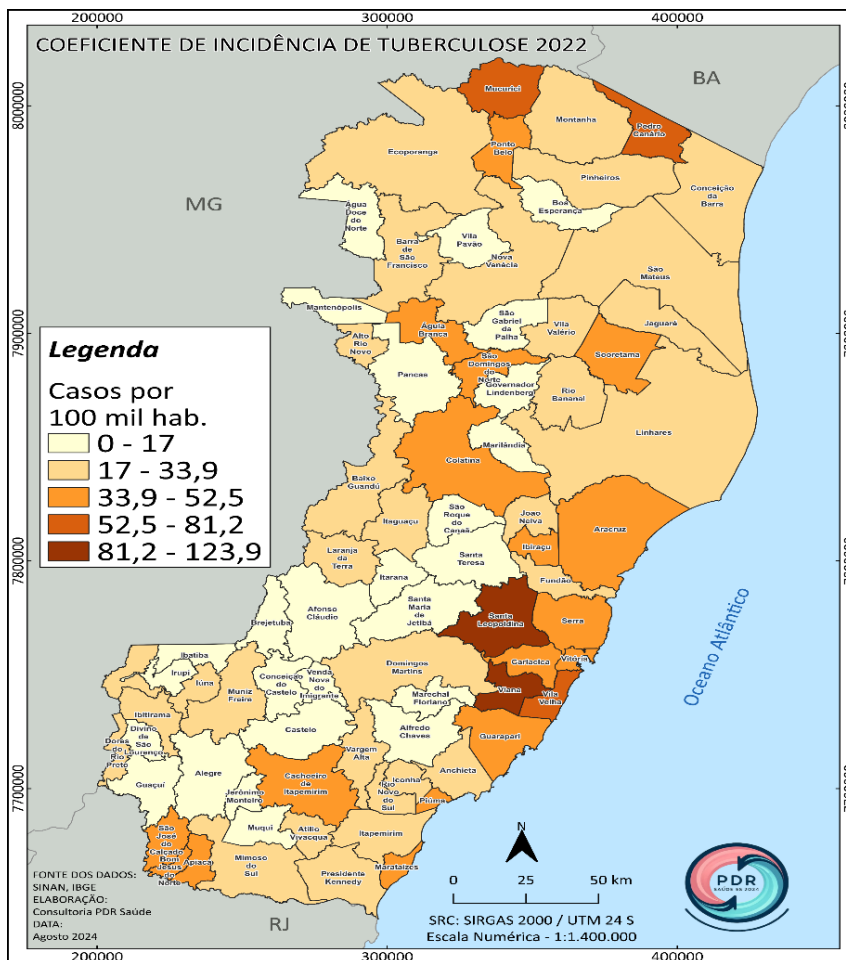
No Brasil, ainda se mantém uma dolorosa e perversa exploração da escravidão, considerada atualmente uma escravidão moderna, efetivada pelo trabalho sem condições dignas e efetivas de proteção, o trabalho forçado e patrões sem compromisso com a legislação.

Apesar dos avanços no combate às condições de trabalho análogas à escravidão, ano após ano, são identificados no ES, trabalhadores sem direitos, principalmente nas fazendas de café.

### Tuberculose

A tuberculose é uma doença bacteriana, transmitida pelo Bacilo de Koch, de transmissão interpessoal por gotículas de saliva. Destaca-se nas cidades e regiões metropolitanas, onde existem aglomerados urbanos e pobreza.

Figura 27 – Incidência de Tuberculose, 2022, ES.



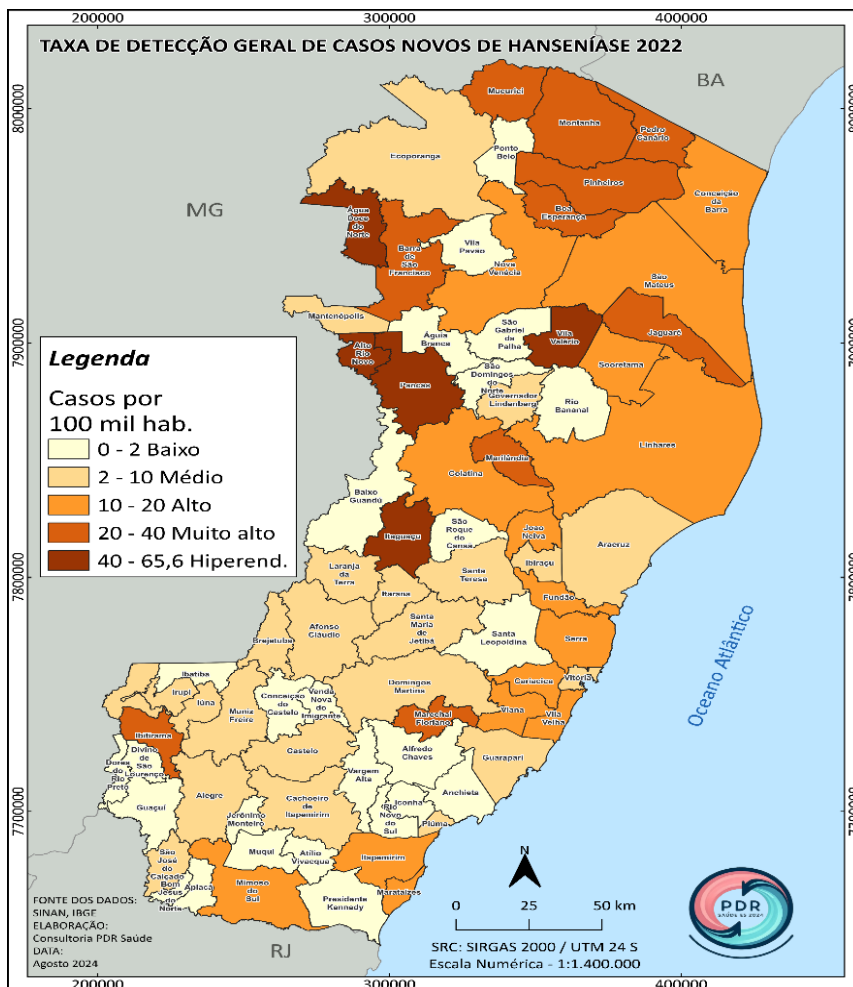
Fonte: Consultoria PDR Saúde.

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 Cláudio 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, como a tuberculose, se inclui nas 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.

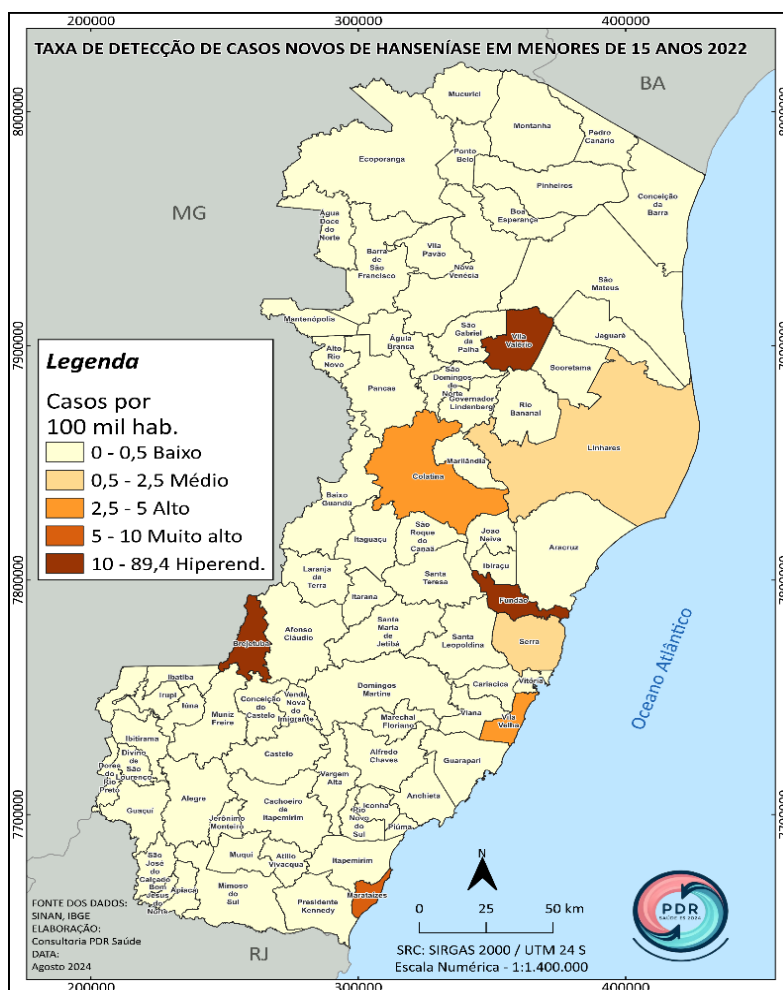
Figura 28 – Incidência de Hanseníase, 2022, ES.



Fonte: Consultoria PDR Saúde.

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.

Figura 29 – Incidência de Hanseníase menores de 15 anos, 2022, ES.

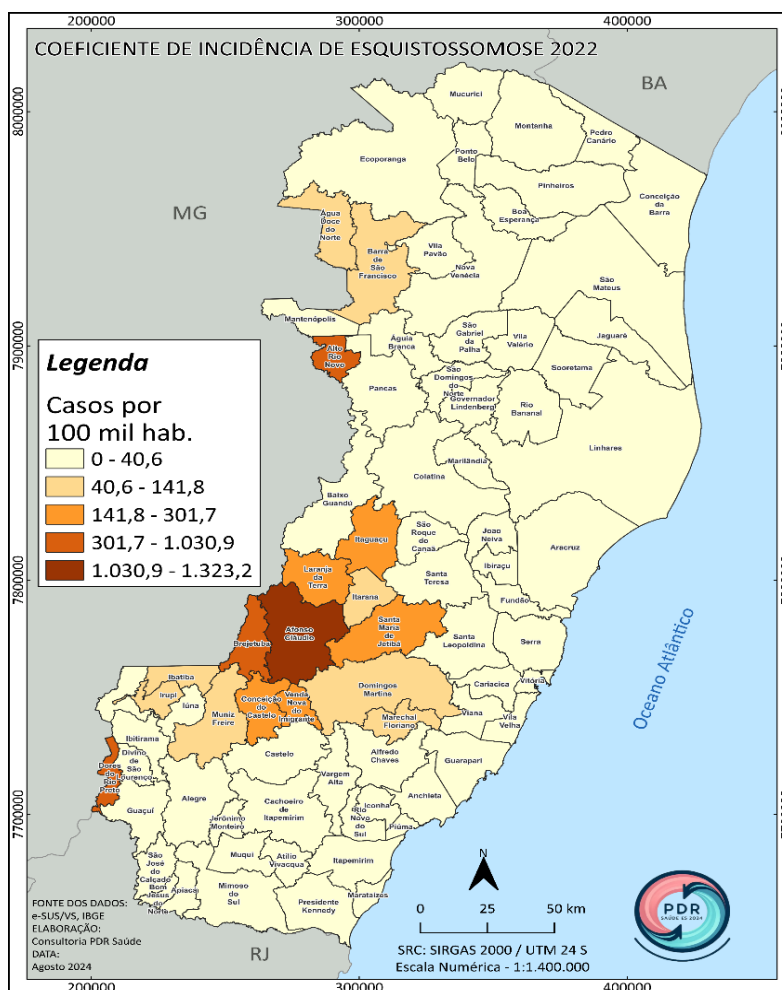


Fonte: Consultoria PDR Saúde.

## Esquistossomose

A esquistossomose está presente no Brasil em 19 unidades federadas, mas são áreas com transmissão endêmica os estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Espírito Santo e Minas Gerais. No Estado, em 2023, foram notificados 987 casos de esquistossomose, sendo que, em alguns municípios, os casos caracterizam alta endemicidade, que se traduz pela constância de grande número de casos. A enfermidade pode passar sem sintomas e transformar-se uma doença crônica, grave e sem possibilidade de tratamento. Na região metropolitana, os municípios de maior número de casos são Afonso Cláudio e Santa Maria de Jetibá, com, respectivamente, 231 e 220 casos notificados.

Figura 30 – Incidência de Esquistossomose, 2022, ES.



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.

As condições de esgotos não tratados e a falta de tratamento dos indivíduos contaminados favorecem a contaminação das águas e dos caramujos, onde se passa uma fase do parasito, que se torna viável para infectar outros indivíduos.

### Gravidez na Adolescência por Faixa Etária (10-15 anos e de 15-19 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).

Em 2023 entre todos os partos 0,36% foram de mães menores de 14 anos, 10,28% entre 15 a 19 anos e a grande maioria dos partos ocorreram em mães de 20 ou mais anos (89,37).

### Sífilis Congênita

Em 2023 foram notificados 746 casos de sífilis congênita no ES (MS,2023), 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 (SESA/PRI, 2024). Ao relacionar o percentual de bebês contaminados entre os que nascem vivos em cada município, constata-se que o risco comunitário de ocorrência poderá ser maior ao se contabilizar os natimortos positivos para sífilis. Segundo o Centro de prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América, 40% dos nascimentos de mães sífilíticas são natimortos. Segundo MS/SVSA (Sinan-Net), apenas 8 natimortos foram confirmados com diagnóstico de sífilis congênita no ES em 2023. E, nenhuma criança de 0 a 6 dias morreu devido a sífilis congênita.

## 11 - MORTALIDADE

O estudo da mortalidade é o mais próximo dos eventos reais pela necessidade e obrigatoriedade jurídica do registro de morte. O sistema de mortalidade do Espírito Santo se enquadra como dos melhores registros do Brasil.

O evento fatal dos indivíduos retrata o nível de saúde das populações e suas principais causas, se evitáveis ou não, se distribuem em grupos específicos já esperados ou em populações com características que evidenciam os riscos. Ao se estudar por causas, idades, profissões, e outras variáveis populacionais, se aproxima cada vez mais da identificação dos riscos com possibilidade de intervenção.

## Mortalidade Geral

Segundo dados 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 (1.730 casos), Algumas Doenças Infec. Parasitárias (1.691 casos) e Causas Externas como homicídios, suicídios e acidentes (1.005 casos). No PRI Região Metropolitana (SESA/2024), o capítulo das Doenças Infec. Parasitárias assumiram o primeiro lugar (4.906 casos), seguida das Doenças do Aparelho Circulatório (4009 casos) e das Neoplasias (2.588 casos). 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 (1.474 casos), seguida das Doenças do Aparelho Circulatório (1.363 casos) e das Neoplasias (805 casos).

Os dados de mortalidade de 2021 foram influenciados pela letalidade da pandemia por COVID 19. Historicamente, no ES, as doenças cardiovasculares, as neoplasias e causas externas são respectivamente, a primeira, segunda e terceira causas de mortes.

Sendo causas diluídas na população, seu estudo torna-se melhor qualificado nas pequenas causas do CID 10 e por faixas etárias.

## Suicídios

O relatório liberado pela 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.

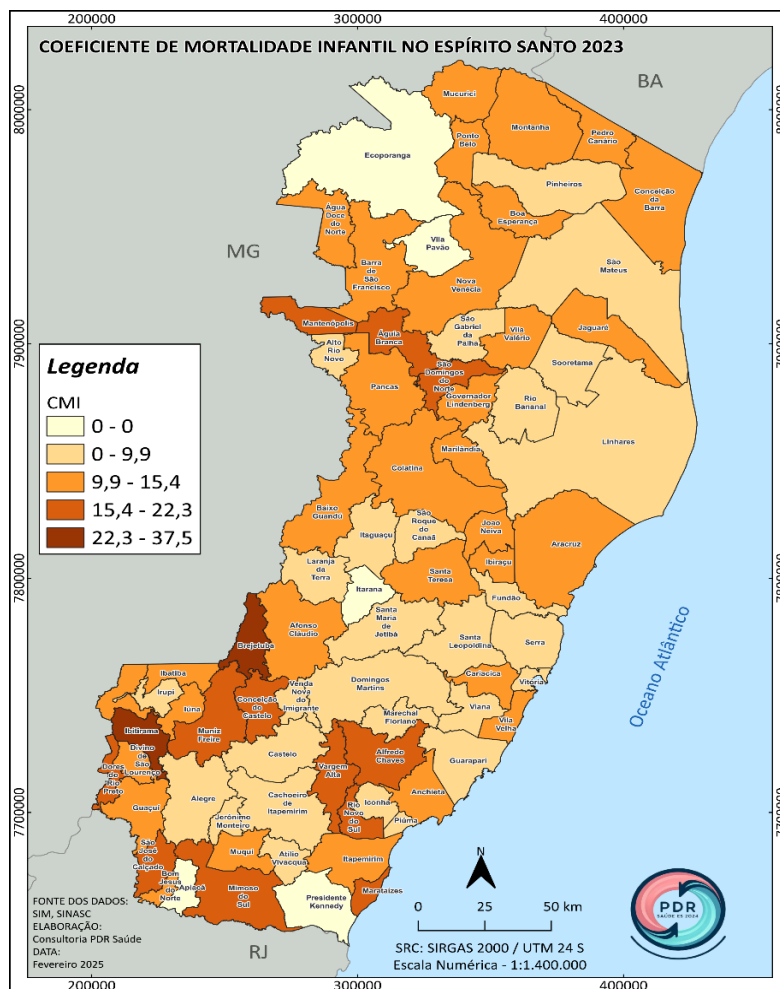
No Espírito Santo, de janeiro a agosto de 2023, o estado registrou 3.821 casos de lesões autoprovocadas e 85 óbitos por suicídios. Em 2022, durante todo o ano, foram 5.282 casos de lesões e 241 óbitos.

O cuidado em saúde, para as 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 a 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.

### **Mortalidade Infantil**

Estudos da ONU de 2023 mostram que as mortes de crianças nos países de maior risco social, poderiam diminuir substancialmente se as intervenções para sobrevivência infantil, baseadas na própria comunidade, pudessem alcançar aqueles que mais necessitam. O manejo integrado das instituições sobre as doenças infantis, especialmente as principais causas de morte neonatais precoces, melhorariam a saúde e a sobrevivência das crianças.

Figura 31 – Coeficiente de Mortalidade Infantil 2023 ES

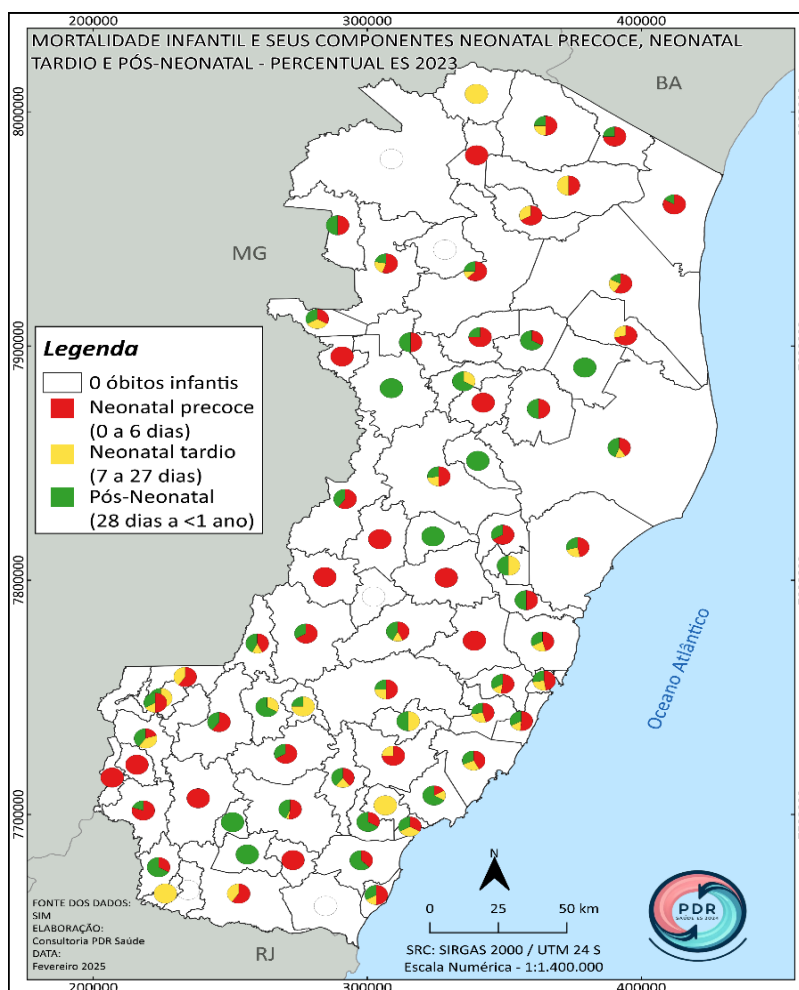


Fonte: Consultoria PDR Saúde.

Trata-se de um indicador clássico das condições de vida da população. Relacionado a múltiplos fatores, desde as condições biológicas maternas, idade da mãe e paridade, até as condições de nascimento do concepto, prematuridade, baixo peso ao nascer e doenças congênitas, sobretudo condições sociais que organizam a vida das pessoas como moradia, trabalho, renda, educação, acesso aos serviços de saúde e as condições do meio ambiente. A mortalidade infantil no Espírito Santo, de janeiro a dezembro de 2023, foi de 11,52/1000NV.

Este é um resultado classificado, segundo a OMS, como um indicador de MI baixo. Foi maior na Região Sul (12,89/1000NV), seguida das Regiões Metropolitana (11,29/1000NV), a Região Central/Norte apresentou o menor coeficiente de MI no ano estudado (10,98/1000NV). No campo dos determinantes sociais da saúde, a mortalidade infantil é um importante indicador de monitoramento do impacto das iniquidades em saúde. Quanto maior for o indicador, maiores serão as desigualdades sociais existentes nos territórios.

Figura 32 – Mortalidade Infantil e seus componentes 2023 ES



Fonte: Consultoria PDR Saúde

Há necessidade cada vez maior de entender o fenômeno da morte infantil, para agir sobre estas, com os dados desagregados, em componentes cada vez mais próximos do evento fatal. As análises buscam sempre a rede de causas que se coloca no tempo e no lugar onde o fato acontece. Os subcomponentes da mortalidade Infantil se tornaram importantes no planejamento das intervenções a partir dos anos 80, a melhoria da qualidade vida das sociedades, empurrou as mortes para as causas mais próximas ao nascimento.

Segundo o programa de APS estadual, 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 prévia 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 conseqüente agravamento das condições iniciais de um

RN de risco e morte, neste período. Nos relatórios da SESA/SES/GEPORAS, apontou coeficientes de mortalidade neonatal relativamente similares nas regiões do Espírito Santo: 7,70/1000NV no estado, 7,90/1000NV na Região Sul, 7,75/1000NV na Região Metropolitana e 7,40/1000NV na Região Central/Norte. Embora a distribuição aparente ser uniforme, é fundamental investigar as causas específicas em cada região.

A análise das causas da mortalidade neonatal precoce revela que as principais ocorrências nos primeiros sete dias de vida do bebê estão fortemente ligadas às condições pré e perinatais, podendo se estender até os 28 dias. Esse período crítico, evidencia a importância da qualidade do pré-natal como um indicador fundamental.

Figura 33 – Quadro das 10 primeiras causas de óbitos neonatal precoce 2023 ES

DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DOS ÓBITOS 0 A 6 DIAS DE IDADE NO ES	2023
P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at	30
P36 Septicemia bacter do recém-nascido	30
P02 Fet rec-nasc afet compl plac cord umb membr	27
P22 Desconforto respirat do recém-nascido	26
P01 Fet rec-nasc afet complic materns gravidez	17
P21 Asfixia ao nascer	16
Q33 Malformacoes congen do pulmao	13
Q89 Outr malformacoes congen NCOP	11
P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	9
P26 Hemorragia pulmonar orig periodo perinatal	9

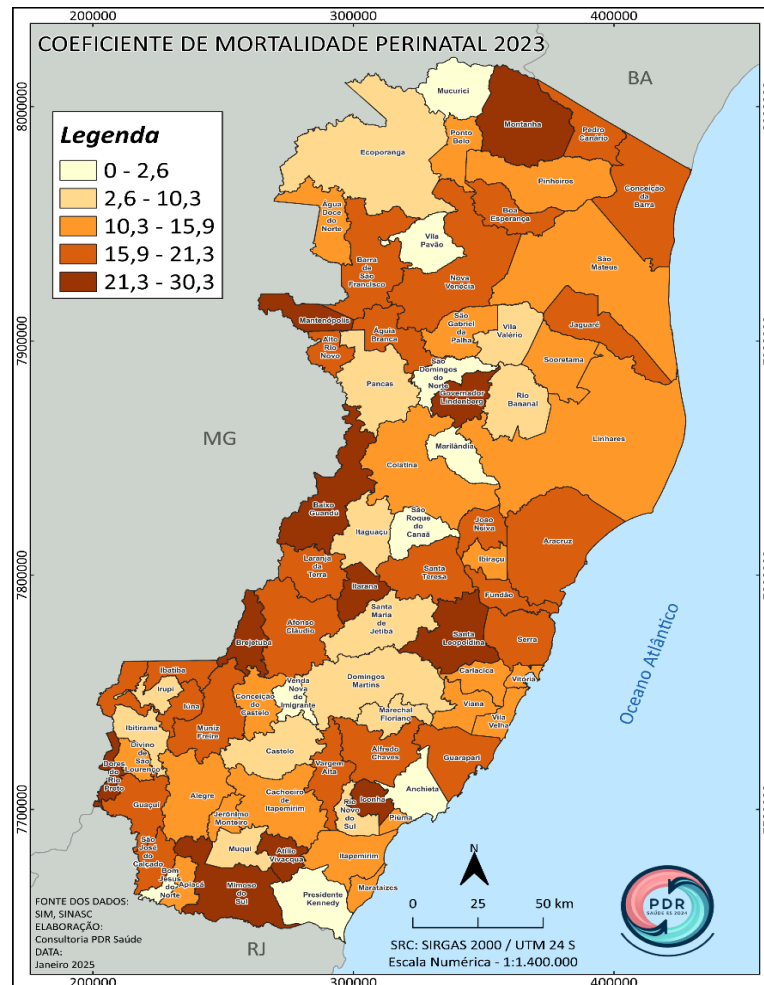
Fonte: SIM/MS

Ao se examinar 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, pode-se 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 às 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 - depois que a criança sai do hospital, sujeita as condições em que vive, amamentação materna, acesso aos serviços de saúde para ser acompanhada, vacinação, alimentação no seu primeiro ano de vida, proteção e negligência.

No ano de 2023, nasceram mortas (natimortos) 485 crianças no Espírito Santo (MS, 2023), e morreram, até o 6º dia de vida, 295 crianças. Ao se analisar o peso ao nascer, 10,94% não foram pesados, 11% do total, tinha peso na faixa considerada abortos (menos de 500gs), com um maior percentual de crianças com pesos de possível de sobrevivência.

Figura 34 – Coeficiente de Mortalidade Perinatal 2023 ES



A mortalidade perinatal – óbitos fetais com peso ao nascer a partir de 500 g e/ou 22 semanas de idade gestacional – e neonatais precoces, têm sido recomendadas como indicadores mais apropriados para a análise da assistência obstétrica, onde as taxas elevadas estão associadas a condições insatisfatórias da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionado à redução da mortalidade infantil, especificamente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), aborda diversos indicadores, com foco principal em:

1 - Mortalidade Neonatal: O ODS 3 visa reduzir significativamente a mortalidade de recém-nascidos.

2 - Mortalidade de Crianças Menores de 5 Anos: Há um forte enfoque na diminuição da mortalidade de crianças com menos de 5 anos de idade.

Em termos práticos, o ODS 3 busca acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos; reduzir a mortalidade neonatal para, no máximo, 12 por 1.000 nascidos vivos; reduzir a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, no máximo, 25 por 1.000 nascidos vivos. É importante ressaltar que a meta não se limita apenas a números, mas também à promoção de saúde e bem-estar em todas as idades, com políticas públicas de saúde, e investimentos em saneamento básico.

Ao se analisar as causas dos óbitos dos natimortos, todas estão incluídas no Capítulo XVI do Cid 10, sendo a primeira - 38,5% (P02) feto ou RN Afet. Comp. Placenta ou Membranas, não obrigatoriamente relacionadas a gravidez - estando incluídas no P02 29 causas, seguida de 27% (P00) Feto ou RN Afet. Comp. Afecções Maternas, 13,8% (P20) Hip. Intra Uterina, 5,5% (P01) complicações na Gravidez e 3,5% (P95) Morte fetal não especificada. Apenas 8 natimortos com sífilis (não sendo especificado se feto ou aborto).

Os dados sobre óbitos neonatais e perinatais são de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção e analisar as condições de vida de uma população, uma vez que refletem diretamente a qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico- puerperal.

## 12- PREVENÇÃO TERCIÁRIA E QUATERNÁRIA

### 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.

Figura 35 – Pacientes em Hemodiálise 2024 ES

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

Fonte: SESA

Conforme dados do DATASUS, de acordo com estudos da OMS e de 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 Espírito Santo, que se desloca para receber o tratamento.

Os pacientes em Dialise Peritoneal estão distribuídos nos seguintes municípios: Afonso Claudio (2), Aracruz (2), Brejetuba (2), Cariacica (33), Anchieta (1), Castelo (1), Colatina (1), Fundão (1), Ecoporanga (1), Nova Venécia (1), São Gabriel da Palha (1), São José do Calçado (1), São Roque do Canaã (1), Pinheiros (1), Piúma (1), Presidente Kennedy (1), Itapemirim (1), Laranja da Terra (1), Irupi (1), Domingos Martins (5), Ibatiba (3), Mantenedópolis (2), Santa Leopoldina (3), Santa Maria de Jetibá (3), Serra (51), Viana (9), Vila Velha (27) e 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, pode-se inferir na dificuldade de acompanhamento contínuo dos pacientes portadores de diabetes pela APS.

### 13- O TRABALHO DE CAMPO E AS OFICINAS NAS REGIÕES DE SAÚDE - A CARTOGRAFIA DA SAÚDE

“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)

A cartografia, originalmente um conceito geográfico, foi adaptada para os campos da filosofia, política e subjetividade. Na saúde, tornou-se um método democrático essencial, promovendo a participação ativa de residentes e trabalhadores na construção das regiões de saúde. Através das etapas de pesquisa qualitativa, indivíduos com forte identificação territorial fortaleceram seu senso de pertencimento e responsabilidade sanitária. A elaboração de mapas municipais permitiu capturar a complexidade do território e dos dados, revelando os encontros entre profissionais, gestores e a sociedade civil organizada, como pode ser verificado abaixo (Martines et all (2013).

O desenvolvimento das oficinas, desde as reuniões iniciais de alinhamento conceitual até o trabalho participativo dos integrantes das oficinas - que representaram os indivíduos pertencentes aos municípios e por esta razão, com identidade municipal capaz de criar espaços regionais reais - estão descritos no *Produto 03* – Relatório com processos, produtos e resultados das Oficinas da Região de Saúde Central-Norte e Região Sul com reavaliação do traçado das respectivas regiões e suas microrregiões de saúde; *Produto 04* – Relatório com processos, produtos e resultados das Oficinas da Região de Saúde Metropolitana, com reavaliação do traçado da região e microrregiões de saúde; *Produto 5* – Relatório da Oficina Estadual com processos, produtos e resultados regionais consolidados, todos disponíveis em [www.saude.es.gov.br/planejamento](http://www.saude.es.gov.br/planejamento).

A Cartografia do Afeto é uma ferramenta que ajudou a compreender os sentimentos das pessoas em relação ao lugar, o quanto pertencem àquele território e o tamanho da identidade entre os municípios para construção de regiões solidárias.

## Oficina 1 cartografia do AFETO



Figura 36 - Mapa da Cartografia do Afeto da Região Central Norte



Fonte : consultoria PDR







Oficina 1

**cartografia do AFETO**

Figura 40 - Mapa da Cartografia do Afeto da Região Sul



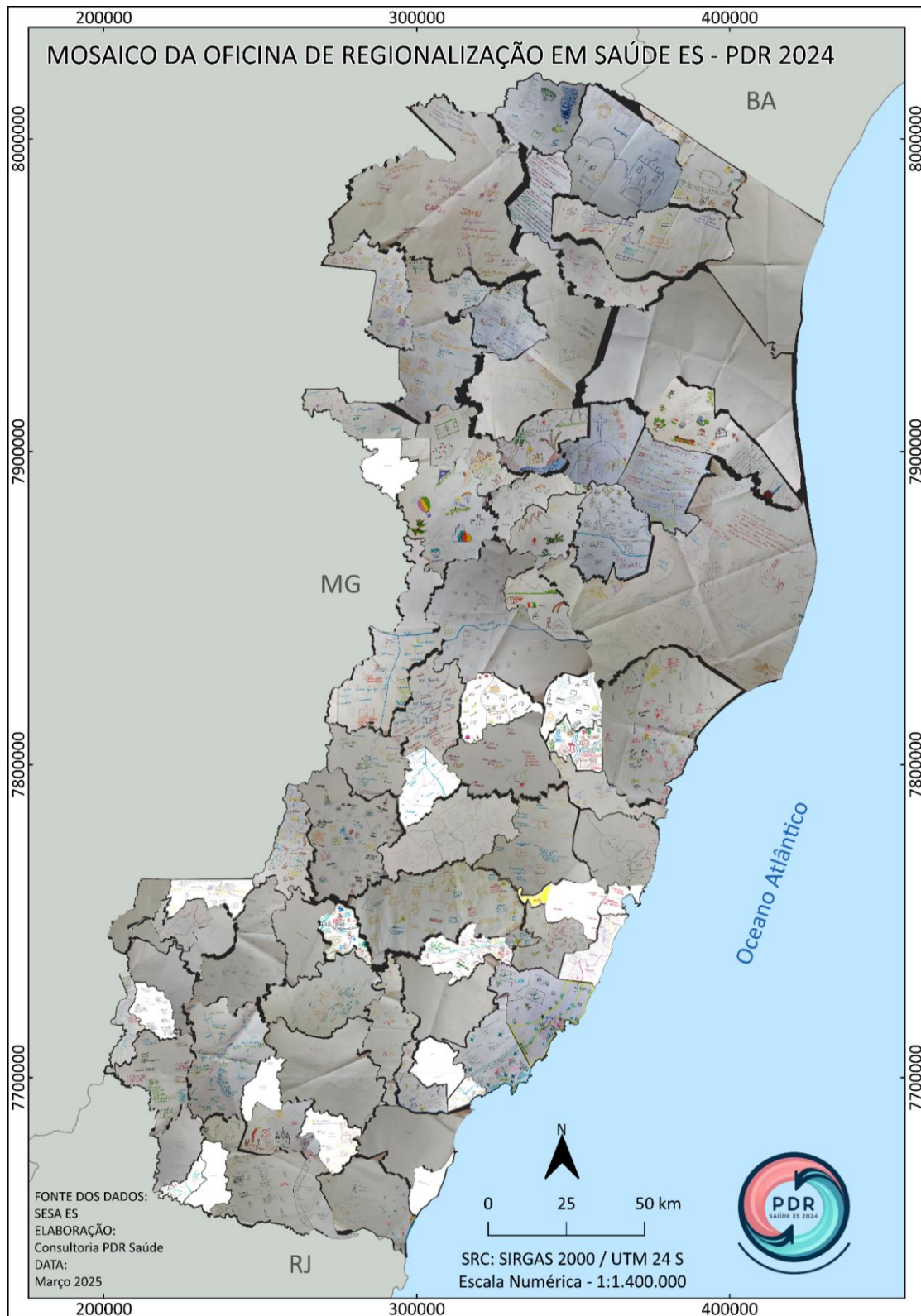
Fonte: Consultoria do PDR

Figura 41 - Cartografia do Afeto do Município de Muqui



Fonte: Participantes do Município de Muqui na oficina regional

Figura 42 - Mapa da Cartografia do Afeto do Espírito Santo - 2024



Fonte: consultoria PDR

Boaventura dos Santos (2002, p. 48) nos recomenda: “cada método é uma linguagem, e a realidade responde na língua em que foi perguntada”. Se formos entender a cartografia

enquanto metodologia, precisamos pensar nas perguntas que ela pode nos ajudar a oferecer. Partindo dessa premissa as oficinas foram construídas com duas perguntas:

1. Como identifico meu município?
2. Como posso resolver as situações chaves?



Oficina 2 - "situações chaves"  
**revisando as regiões de  
saúde**

Para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência, precisamos primeiramente derrubar as barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado.

Para isso, deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso nas situações de municípios com baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços, que formarão espaços microrregionais.

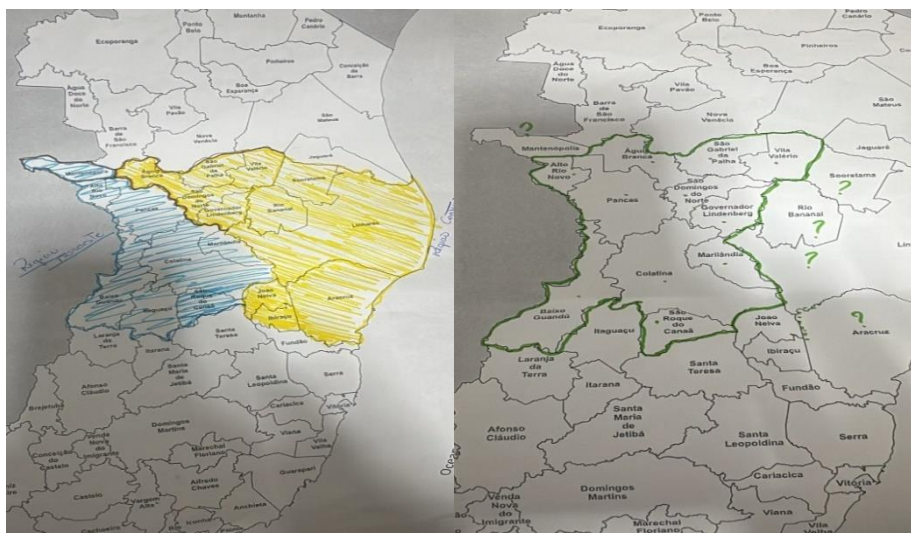
Através do trabalho de campo nas Regiões de Saúde, profissionais de diversos municípios colaboraram para identificar e solucionar problemas locais. A construção de sistemas

interligados, focados na circulação de pessoas e comunicação, revelou-se fundamental para fortalecer as dinâmicas territoriais.

Em continuidade da apresentação dos traçados, foram respondidas dúvidas e apresentados os pareceres dos participantes, incluindo os aglomerados municipais existentes anteriormente e mantidos nos traçados atuais, construídos por imposição de necessidades urgentes de acesso e que precisam ser avaliados constantemente.

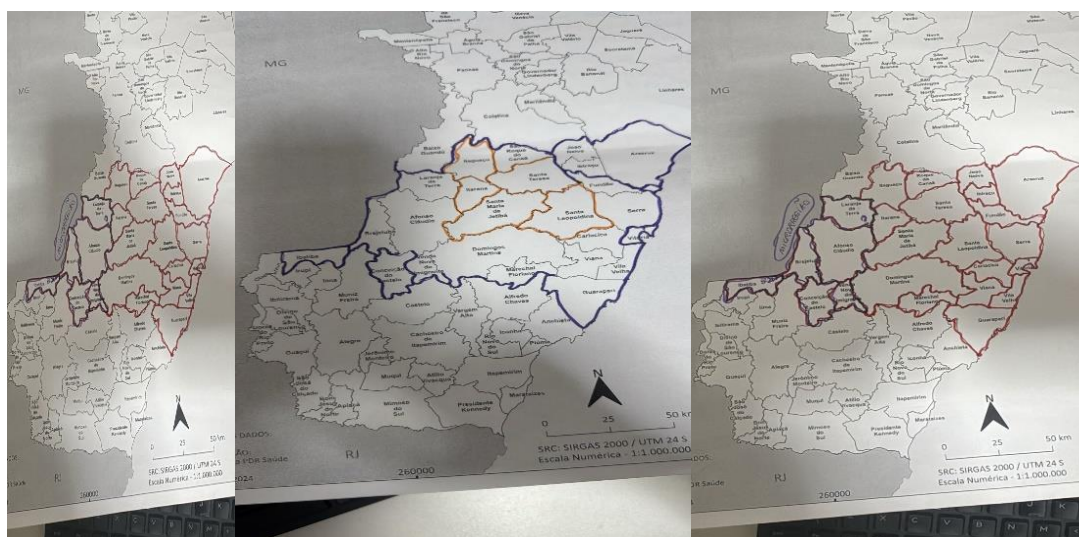
## PROPOSTAS E PARECERES

### Região Central



Sooretama, Linhares e Rio Bananal, marcaram novas regiões de saúde, as propostas de atendimento em oftalmologia em Baixo Guandu fica inviável, como também, o transporte de pacientes idosos para pacientes no pós-operatório para consultas e exames.

## Região Metropolitana



Aracruz pontua suas dificuldades quanto ao acesso em relação à pessoa com deficiência, as pessoas são encaminhadas para Guarapari e/ou CRE Metropolitano, mas os municípios de João Neiva, Ibraçu e Aracruz reafirmaram em ficar na região Metropolitana. Os profissionais expuseram a complexidade cultural do território e que a população de Fundão se reconhece culturalmente com Aracruz e não com a Serra.

Revisão dos fluxos de assistência de alguns municípios das microrregiões da Região Metropolitana;

Hospital de Afonso Cláudio tem condições de contribuir com os municípios limítrofes na oferta de internações, cirurgias eletivas, maternidade (mediante ser reconhecido como referência para risco habitual para Afonso Cláudio e Laranja da Terra, que já manifestou interesse). Necessita contratualização com a SESA.

Implantação de centros de especialidades nos micropolos para encurtar as distâncias no transporte sanitário;

Hospital de Domingos Martins também está na mesma situação do Hospital de Afonso Cláudio, necessitando de contratualização da SESA;

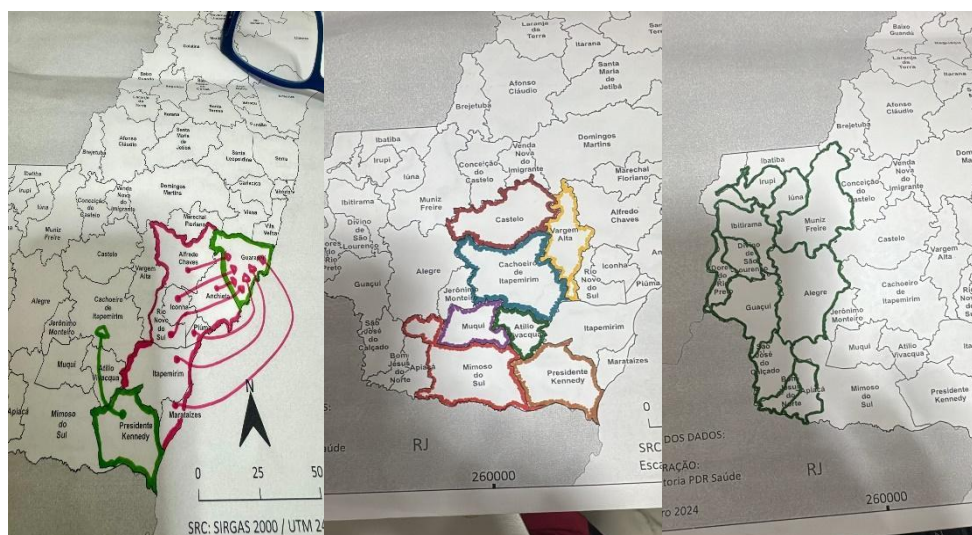
Dificuldade de acesso a especialistas e tecnologia;

Que os hospitais dos municípios cada um seja referência em alguma especialidade. Exemplo: Santa Maria de Jetibá – Maternidade; Santa Teresa - Ortopedia; Santa Leopoldina - Cirurgia Vascular.

Potencializar Santa Maria de Jetibá, pois é um município localizado de forma central na região, sendo de fácil acesso por ter transporte intermunicipal;

Não foi referido as dificuldades de organização da Atenção Primária em Saúde na ausência de responsabilidade sanitária referente aos programas de saúde da gestão municipal, sendo dado grande ênfase às consultas e exames de especialidades e à Atenção Hospitalar.

## Região Sul



Melhorar a rede e fluxo da RUE com relação aos encaminhamentos dos hospitais de referência do SAMU, em especial Anchieta e Piúma. Presidente Kennedy reafirmou a identidade no Centro Sul devido a facilidade de acesso aos serviços;

Reorganizar as redes que atendem a região de acordo com o traçado;

Convidar o município de Guarapari para fortalecer a Região Litoral Sul, devido sua identificação territorial e potencialidade de referência em algumas especialidades: hospital materno-infantil, entre outros. Caso Guarapari não venha integrar o Litoral Sul (Região) que possa pactuar ou ver a viabilidade de oferta de serviços para a Região Litoral Sul;

Fortalecer a Superintendência da Região Sul em relação aos profissionais de referência (RH);

Adequar e fortalecer serviços de referência como odontologia especializada, referência em trauma, PNE, saúde mental e TEA;

Revisão dos protocolos relacionados ao sistema MV e os profissionais de acesso;  
Fortalecimento dos contratos de prestação de serviços;

Avançar no processo de implantação da Microrregião Central Sul;

Nó crítico que atinge todos os municípios: transporte sanitário X marcação de consultas e exames de especialidades quando agendadas nos finais de semana e após as 18h.

Aumento de custos com manutenção da oferta de transporte;

Absenteísmo;

A região não tem nenhuma unidade hospitalar de atendimento própria do Estado. Todas as ofertas de serviço são terceirizadas;

Os serviços oferecidos fora da região de saúde fragilizam a rede;

Muqui: dificuldade de acesso às especialidades; localização geográfica fator determinante;

Alta demanda de transporte sanitário; desenho da rede geralmente não favorece;

Mimoso do Sul: as demandas solicitadas ao Estado não foram atendidas.

Castelo: dificuldade de atendimento aos usuários do interior devido aos fatores relacionados a deslocamentos interno e externo; Intervenção do MP;

Atílio Vivácqua: cirurgias eletivas com muita demora na fila de espera;

APS AD e CAPS I (Regionalizados);

Emergência Odontológica, UPA Regionalizada, Serviço citopatológico do Caparaó;

Abertura de mais especialidades; Levar para o Sul serviços como IML/SVO, CREFES.

Tema para discussão: maternidade; mudança repentina na carteira de serviços (do prestador); aumento da cota para exame citopatológico; órtese e prótese;

As indicações para os traçados das Microrregiões de Saúde estiveram presentes nas discussões dos grupos de trabalho, das oficinas regionais, e apareceram em alguns mapas construídos na “oficina 2”. Estas indicações não foram descartadas, mas não possuíam critérios adequados à organização funcional de um Sistema de Saúde descentralizado e hierarquizado, com efetiva participação dos municípios, integrados na perspectiva do desenvolvimento intermunicipal.

O esforço para continuidade do processo de microrregionalização, contemplará o estudo de adequação dos muitos traçados microrregionais hoje utilizados pela Secretaria de Saúde do Estado, fazendo parte de estratégias de intervenção para melhoria do acesso e dos programas setoriais, e devem caminhar para aproximar-se do traçado das Microrregiões de Planejamento Estadual, de modo que garanta as políticas de investimentos para a qualidade de vida dos cidadãos e, com isso, diminuir as iniquidades municipais.

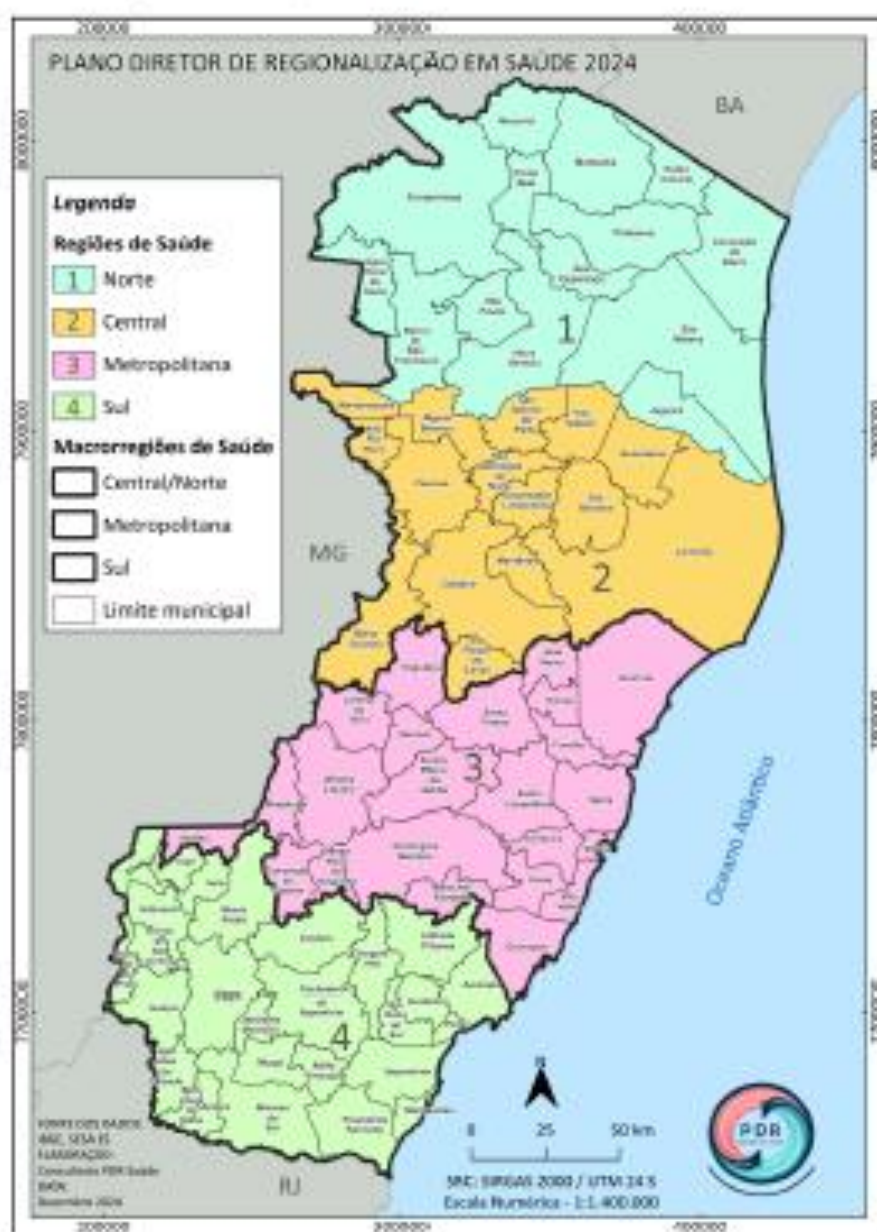
Este fato não impediu a validação e aprovação do novo traçado do Plano Diretor de Regionalização para o ES 2024/2025. Levando em consideração o território apropriado, e com identidade reconhecida por todos os participantes da construção do novo PDR, como um território reconhecido pelo COSEMS como legítimo, servirá de lastro efetivo e solidário para a construção das Redes de Cuidado, sendo este considerado o principal condicionante para a existência das redes de saúde do SUS (FARIA 2014).

O PDR 2024 foi aprovado por consenso entre os gestores municipais e demais participantes das oficinas regionais. Aprovado nas Comissões Intergestores Regionais e na Comissão Intergestores Bipartite do ES por meio da Resolução nº 259/2024, em 19 de dezembro de 2024, aprovando o traçado e fazendo recomendações para a Política Estadual de Saúde de Regionalização, vinculada ao PDR 2024/2025, para continuidade da Regionalização do SUS, entre estas.

## Recomendações para a Política Estadual de Saúde Vinculadas à aprovação do PDR 2024/2025:

- Consolidar o Plano Diretor de Investimentos (PDI), com base nos hiatos assistenciais e necessidades de saúde identificados na nova PPI;
- Fortalecer, em cada região de saúde, as redes temáticas prioritárias, em especial saúde mental e saúde bucal;
- Intensificar o processo de transferência de gestão de média complexidade ambulatorial para os municípios, com foco na implantação de sistemas microrregionais;
- Adotar gradualmente o mapa de microrregionalização do planejamento estadual como referência para processos de territorialização do SUS-ES em espaços infrarregionais;
- Instituir as CIR Norte e Central;
- Consolidar a governança regional.

**RESOLUÇÃO N°259/2024 - ANEXO I**



**RESOLUÇÃO Nº 259/2024 - ANEXO III**

MACROREGIÃO	MUNICÍPIOS
<b>MACROREGIÃO CENTRAL/NORTE</b>	Água Doce do Norte
	Água Branca
	Alto Rio Novo
	Baixo Guandu
	Barra de São Francisco
	Boa Esperança
	Colatina
	Conceição da Barra
	Ecoporanga
	Governador Lindenberg
	Jaguaré
	Linhares
	Mantenópolis
	Marilândia
	Montanha
	Mucurici
	Nova Venécia
	Pancas
	Pedro Canário
	Pinheiros
	Ponto Belo
	Rio Bananal
	São Domingos do Norte
	São Gabriel da Palha
	São Mateus
	São Roque do Canaã
	Sooretama
	Vila Pavão
	Vila Valério
<b>29 municípios</b> <b>População IBGE (estimada 2024)</b> <b>TOTAL: 963,922</b>	

REGIÃO	MUNICÍPIOS	População IBGE (Estimada 2024)
REGIÃO NORTE	Água Doce do Norte	12.559
	Barra de São Francisco	45.250
	Boa Esperança	14.079
	Conceição da Barra	28.953
	Ecoporanga	22.670
	Jaguare	31.232
	Montanha	19.752
	Mucurici	5.660
	Nova Venécia	52.064
	Pedro Canário	22.048
	Pinheiros	24.825
	Ponto Belo	6.696
	São Mateus	133.359
	Vila Pavão	9.298
<b>14 municípios População IBGE (estimada 2024) TOTAL:</b>	<b>428,465</b>	

MACROREGIÃO	MUNICÍPIOS	População IBGE (Estimada 2024)
METROPOLITANA	Afonso Cláudio	32.446
	Aracruz	102.410
	Brejetuba	13.642
	Cariacica	375.485
	Conceição do Castelo	12.448
	Domingos Martins	37.972
	Fundão	18.824
	Guarapari	134.944
	Ibatiba	27.308
	Ibiraçu	12.261
	Itaguaçu	14.065
	Itarana	10.984
	João Neiva	14.391
	Laranja da Terra	11.572
	Marechal Floriano	18.743
	Santa Leopoldina	13.747
	Santa Maria de Jetibá	45.062
	Santa Teresa	23.796
	Serra	572.274
	Venda Nova do Imigrante	25.168
	Viana	78.442
	Vila Velha	502.899
	Vitória	342.800
<b>23 municípios População IBGE (estimada 2024) TOTAL:</b>	<b>2.441,683</b>	

MACROREGIÃO	MUNICÍPIOS	População IBGE (Estimada 2024)
SUL	Alegre	30.744
	Alfredo Chaves	14.373
	Anchieta	32.564
	Apiacá	7.474
	Atilio Vivacqua	11.013
	Bom Jesus do Norte	10.764
	Cachoeiro de Itapemirim	196.323
	Castelo	39.396
	Divino São Lourenço	5.359
	Dores do Rio Preto	6.885
	Guaçuí	31.290
	Ibitirama	9.973
	Iconha	12.793
	Inupi	14.513
	Itapemirim	43.362
	Iúna	30.444
	Jerônimo Monteiro	12.079
	Marataizes	45.418
	Mimoso do Sul	25.179
	Muniz Freire	18.811
	Muqui	14.213
	Piúma	23.682
	Presidente Kennedy	14.647
	Rio Novo do Sul	11.479
	São José do Calçado	11.373
	Vargem Alta	20.353
<b>26 municípios</b> <b>População IBGE</b> <b>(estimada 2024)</b> <b>TOTAL:</b>	<b>696,524</b>	

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. MS. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2009.
2. BRASIL. Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde. Os estudos realizados na Secretaria Estadual da Saúde a partir da necessidade de revisão do Plano Diretor de Regionalização - PDR/2011 constitui-se de 4 (quatro) Macrorregiões de Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037\\_26\\_03\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html)
3. BRASIL. MS. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2017.
4. BRASIL. MS, PORTARIA Nº 39 /GM fev,2006.
5. Cartografias sociais e território / Henri Acselrad (organizador) - Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2008. 168 p.; 18cm. - (Coleção Território, ambiente e conflitos sociais; nº 1)
6. Coelho, H. V.; Miranda, R. R. - A visão contemporânea de território na perspectiva materialista. Ensaios de Geografia, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.22409/posgeo.v1i1.36275>.
7. Costa, L. B. da. (2014). Cartografia: uma outra forma de pesquisar. Revista Digital do LAV, 7(2), 066–077. <https://doi.org/10.5902/1983734815111>
8. Documento de contextualização da regionalização do SUS-ES e da implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde - SESA: <https://saude.es.gov.br/regionais-de-saude>.
9. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos (SEAMA). Disponível em: <https://seama.es.gov.br/>. Acesso em: 06/01/2025.

10. Farias, C. M. L.; Moraes, L.; Esposti, C. D. D.; Santos Neto, E. T. - Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. RBMFC/Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v. 15, n. 42, p. 2239-2248, 2020.
11. FUNDAÇÃO SOS MATA ATLÂNTICA. Disponível em: <https://www.sosma.org.br/>. Acesso em: 06/01/2025.
12. Gouveia, N. - Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 6, p. 1599-1610, 2012.
13. GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potencial in the first 5 years for children in developing countries. The Lancet, London, v. 369, n. 6, p. 60-70, 2007.
14. Haesbaert, R. Dos múltiplos territórios à territorialidade. Espaço e Cultura, n. 15, p. 1-18, 2001.
15. IBGE. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
16. IJSN. Desenvolvimento Regional Sustentável – Diagnóstico Integrado. Vitória, ES, 2022. 98 p. il. tab. (Relatório).
17. IJSN. Evolução da Pobreza no Brasil e no Espírito Santo entre 2012 e 2021. Vitória, ES, 2022.
18. Gravidez na Adolescência: Fenômeno complexo e multicausal. Vitória, ES, 2022. 64 p.; il. tab. (Cadernos da Juventude | 09).
19. IJSN. Perfil da Pobreza no Espírito Santo: Famílias Inscritas no CadÚnico 2022. Vitória, ES, 2022.
20. MAPBIOMAS. Disponível em: <https://mapbiomas.org.br/>. Acesso em: 06/01/2025.

21. Martines, W. R. V., Machado, A. L., & Colvero, L. de A. (2013). A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 7(2), Pág. 203–211. <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1354>.
22. Müller, Manuela Rodrigues Lima, Rossano Cabral Ortega, Francisco. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. *Saúde e Sociedade*. Publicação de: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública. Área: Ciências Da Saúde, Ciências Humanas Versão impressa ISSN: 0104-1290. Versão on-line ISSN: 1984-0470
23. Leavell, H.; Clark, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.
24. Paes de Barros, R. *Diagnóstico da Educação*. Instituto Ayrton Senna, 2023.
25. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Regionalizações do Espírito Santo: <https://ijsn.es.gov.br/publicacoes/mapas/caracterizacao-regional>
26. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2020. Vitória, ES, 2020. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/RESOLUÇÃO N°153/2020](https://saude.es.gov.br/RESOLUÇÃO_Nº153/2020). Acesso em: 05/02/2025.
27. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. SESA. Plano Estadual de Saúde 2024-2027. Vitória, ES, 2023.
28. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. PRI Região de Saúde Central/norte. Vitória, ES, 2024. (Documento inacabado - PROADI/ES).
29. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. PRI Região de Saúde SUL. Vitória, ES, 2024. (Projeto PROADI/EES).
30. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. PRI Região de Saúde Metropolitana. Vitória, ES, 2024. (PROADI/ES).

31. 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. *Saúde Soc.*, v. 32, n. 3, e210731pt, 2023.
32. UNICEF Brasil. *Pobreza multidimensional na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: UNICEF Brasil, 2022.
33. UNICEF Brasil; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Nos últimos cinco anos, 35 mil crianças e adolescentes foram mortos de forma violenta no Brasil*. Rio de Janeiro: UNICEF Brasil; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024.
34. UNICEF. *Relatório Anual 2022*. Rio de Janeiro: UNICEF, 2022.

## Anexo 1

<b>NOVA VENÉCIA - Lista de Presença da oficina de REVISÃO DO PDR, em 05/11/2024</b>
---

Participantes	Municípios
Brayon Nikolas Bretas Elizeu	Água Doce do Norte
Edinei do Couto Quiuqui	Águia Branca
Jose Roberto De Faria	Alto Rio Novo
Elisangela Cristina Bergamash Cuba	Baixo Guandu
Eucimar de Souza Alves	Barra de São Francisco
Marcos Fernandes Alves	Boa Esperança
Michel Fernando Barth	Colatina
Daniel Orestes Bissoli	Conceição da Barra
Fernando Alves Peres	Ecoporanga
Valter Herpis Junior	Governador Lindenberg
Itatiane Cristina Lana Carvalho de Andrade	Jaguaré

Francimar Baptista	Linhares
Natália Madalena de Souza Brito Guimarães	Mantenópolis
Gisele Rosalino Dias Tozzi	Marilândia
Sidicácio Souza Rocha	Montanha
Emanuele Rodrigues da Silva	Mucuri
Josiel Santana	Nova Venécia
Vinicius de Moura	Pancas
Marcos Antônio Souza Gomes	Pedro Canário
Ivan Domingos Silvestre	Pinheiros
Manoel Messias Martins Rocha	Ponto Belo
Josimara Marangonha Lameira	Rio Bananal
Alessandro Nicchio	São Domingos do Norte
Marcella Ferreira Rossoni Rocha	São Gabriel da Palha
Silvia Silveira Lima	São Mateus
Diana Pratti Fachetti	São Roque do Canaã
Izabel dos Santos Oliveira	Sooretama
Elaine Maria Trancoso	Vila Pavão
Katiucy Leonardi Tetzner Muller	Vila Valério
Leonidia Costa de Almeida Candido	Superintendente
Kamilia de Sales Roldi Correa	Superintendente
Denise Bubach Lyra	SESA/SRSC/APS
Fabiola Carla da Silva Sossai	SESA/SRSSM/APS
Lais Coelho Silvestri	SESA/SRSC/NVS
Tatiane Boa Morte Sardi	SESA/SRSSM/NVS
Sonia Maria Grassi	SESA/SRSC/NREC
Ariadna Leite Guimarães	SESA/SRSSM/NREC
Liliane Mery Marim Cazelli Simonassi	SESA/SRSC/NRA
Geruza dos Santos Calisto	SESA/SRSSM/NRA
Ricardo da Silva	SESA/SRSC/CIES
Marinette Fernandes Cetto	SESA/SRSSM/CIES

Livia Chechi Motta Cometti*	SESA/SRSC/CIR
Erico Ferreira	Regulação
Thayna Prudente	APS
Cleidiane P. Santos	Vig. em Saúde
Camila Ataide Quaresma	APS
Rayane Bunaw	SEMUS
Janaina Daumas	SEPLANTS
Delsinir Souza	SEMUS Mantenópolis
Natieli M° da S. Correa	SEMUS Mantenópolis
Murilo Spala	Convidado
Fernando Jesus	NEAPRI
Josilene Teodoro	SESA
Flavia Gomes	SRSSM
Ana Carolina	SRSSM
Maria do Socorro Fernandes	CIB/ES
Erivelto P. Martins	Consultoria
Carlos Guerra	NEAE
Geovana Almeida	NEAE
Juliana M. Da Silva	SEPLANTS
Iara Pereira Alves	APS São Roque
Ana Carolina Gonçalves Andrade	Coordenadora APS
Cristina Bottan	Téc. Saúde
Fernanda Silva Cardoso	NRA/ SRSSM
Denise Bubach Lyra	SRS Colatina
Ricardo da Silva	SRS Colatina
Beatriz da R. Silva	Téc. Rio Bananal
Angela M. Jardim	Regulação
Rita de Cassia Santos Costa Santana	SRSSM
Willene dos Santos Machado Zorzaneli	SRSC/Gabinete
Eviny Bussular Galacho	SRSC/NRA

Valkiria Rangel Cruzio Natali	SRSC
Ana Paula Guimarães	SRSC/APS
Noelita Almeida	Linhares
Luiza Carolina Santanna Marcondes	SRSSM
Thati Zanoni	Pinheiros
Nagila Rabelo	PA. Porto Belo
Maria da Penha	ICEPI
Polyane B. Lima	Enfermeira
Bruna Soares Trindade	Ecoporanga
Renata B. do Nascimento	APS
Luciana Monteiro	Pinheiros
Geruza dos Santos	NRA/SRSSM
Camila Verana Delboni Telles	NEAPRI
Bianca S.B. Leite	Boa Esperança
Debora Oliveira	NVS/SRSSM
Paula C. M. Araújo	Pedro Canário
Larissa P. Bruneli Ferreira	Pedro Canário
Flavio Almeida	Regulação
Carla Milena	Pinheiros
Neuzimar da S. Maciel	Atenção Primária
Aryane Vitoria F. Santos	Téc. Atenção Primária
Diego Chagas de Medeiros	Coord. da APS
Ana Carla do Nascimento	Coord. da APS
Daiane M. Araújo	Coord. da APS
Luciane Rodrigues Gomes	Coord. Saúde Bucal
Cristiane F. L. A	SRSC
Fabiano Ost	GERENTE SERVIÇO SAÚDE
Bruno Vaz Lopes	Coord. da APS/SGP
Mariana Gomes Lankheet	Colatina
Sabrina P. de Oliveira	Governador Lindenberg

Erica Paranho Santos	Coord. Imunização
Lorraine Scalzer	APS
Paula de Paula	Sup. Regional ICEPI
Luciano Alves	Coord. Regulação
Francisco José Dias da Silva	SSEPLANTS/SESA Central

**REGIÃO SUL - Lista de Presença de oficina de REVISÃO DO PDR, em  
14/11/2024**

<b>Participantes</b>	<b>Municípios</b>
Ariane Lais Capetini	Mimoso do Sul
Fernanda Inacio Carini Pregon	Mimoso do Sul
Lydiana Ghiatto Bettero	Muqui
Julio Cesar Brites	Atílio Vivácqua
Viviane C. de Amarin	Rio Novo do Sul
Elisaura Freug R.Batista	Rio Novo do Sul
Caio Cesar de Souza Batista	Piúma
Maya Molica Pedroto	Piúma
Juliana Souza Hott	Piúma
Francisco José Dias da Silva	SESA
Eliedson Vicente Mociri	Mimoso do Sul
Maria do Socorro Fernandes	SESA
Carlos Roberto Guerra Freiras	SESA
Caroline Moiti	Presidente Kennedy
Marcus Costa Ribeiro	Muqui
Henrique Rezende Tiradentes	SESA
Alessandra da Paz Carvalho	Dores do Rio Preto
Cristiane Feitosa Almeida	Anchieta
Carlos H. Gomes	Anchieta
Edigard M. Louzada	Cachoeiro de Itapemirim

Teresa Cristina f. da Silva	ICEPI
Samara g. da Silva	ICEPI
Natan S. Peixoto	Divino de São Lourenço
Silvana Regina Barreto T. Carvalho	Bom Jesus do Norte
Katia Aparecida Vieira da Silva	Bom Jesus do Norte
Jhonata Silva Scaramusia	Vargem Alta
Marilza Onilia da Silveira Fim	Vargem Alta
Ricardo de Oliveira	Castelo
Raion S. Maura	Castelo
Karini da Silva Neves	Muniz Freire
Angelica F. de Mendonça Palacios	Muniz Freire
Kamila de Oliveira Meirelis	Jerônimo Monteiro
Alessandra das Neves Lima	Presidente Kennedy
Emanuela Silva Souza Mendes	Presidente Kennedy
Fernando A. de Jesus	SESA
Juliana Meideiros da Silva	SESA
Erico Ferreira	Regulação
Thayna Prudente	APS
Cleideiane P. Santos	Vigilância em Saúde
Camila Ataide Quaresma	APS/Mucurici
Janaina Dumas	SEPLANTS
Natieli M. da S. Correia	SEMUS/Mantenópolis
Carlos Guerra	NEAE/RAPS
Geovana Almeida	NEAE/RAPS
Juliana M. da Silva	SSEPLANTS/SESA
Iara Pereira Alves	APS/São Roque
Ana Carolina Gonçalves Andrade	APS
Ricardo da Silva	SRS/Colatina
Beatriz da R. Silva	Rio Bananal
Angela M. Fardin	Regulação

Willene S.Machado	SRSC
Ana Paula Guimarães	SRSC
Nagila Rabelo	PA/Porto Belo
Renata B. dos Nascimento	APS
Debora Oliveira Prates	NVS/NEAPRI
Diego Chagas de Medeiros	APS
Ana Karla do Nascimento	APS
Luciani Rodrigues Gomes	Saúde Bucal
Lorraine Scalze	APS
Paula de Paula	ICEPI
Luciano Alves	Regulação

Região Metropolitana - Lista de presença Oficina PDR -	
Arlete Frank Dutra	
Cristina Marinho Christ Bergami/ Sesa	
Mirelly Duque	Itarana
Paloma Adelaide de Lima Fardin	Itarana
Janaína Daumas Félix	Vitória
Alexsandro Vimercati	Cariacica
Yara Quer Mendes da Costa	Vitória/SESA
Erivelto Pires Martins	Vitória
Bernardete Mattos Guerra	Vitória
Elissa Orlandi	Marechal Floriano
Wendell	Sesa
Paula Fialho Simões	Cariacica
Mércia Rita Schmitd	Cariacica
Emilia Montenegro	Vitória
Alessandra Carla Olm	Vila Velha
Rafaela Venturini Cancian	Serra
Larissa Soares Coelho	Serra
Flávia de Macedo Cavallini	Serra
PATRICIA MENESES PORTELA	Cariacica - SRSV
Carla Thomaz	Cariacica - SRSV
Priscilla Caran Contarato	Região Metropolitana
Maria do Socorro R. L. Fernandes	SESA
Vânia Azevedo de Souza	Serra
Juliana Medeiros da Silva	Sesa SSEPLANTS Vitória
Francisco José Dias da Silva	SSEPLANTS/SESA Central
Alayne de Souza Fiebig Stofel	SESA/NEAPRI/ICEPI - Vitória
Keytli Cardoso Paulino	SESA/NEAPRI/ICEPI - Vitória
Juliana da Silva Kuster	Laranja da Terra
Lisiany Cristina Silva Costa	Marechal Floriano
Débora Wogemacher	Laranja da Terra
Emiliana Almeida D'Oliveira	Viana
Juliana a Soneghet Baiocco Louzada	Aracruz
Priscilla Roriz Vieira	Viana
Regina Célia Diniz Werner	Vila Velha
Joszilene Teodoro de Jesus	Vitória
Gisele Mara Nalesso Mees	Marechal Floriano
Maria Arlete Novaes Moraes Silva	Marechal Floriano
Ademir Ribeiro Oliveira	Fundão
Rosilene Maria Fachetti Milani	João Neiva

Guilherme Spavier	João Neiva
Claudia Fernanda Carvalho Costa dos Santos	Cariacica
Evelyn Freire Santos Pessotti	João Neiva
Rachel Cristine Diniz da Silva	Vila Velha
Izabel Maria de Souza	Ibatiba
Marcos Paula Pereira	Ibatiba
Maristela Pereira Maffei	Ibiraçu
Andressa Bonela Lopes Ramos	Ibatiba
Honori Callegari	Domingos Martins
Flavia Helena Gorza	Ibiraçu
Adriana Siqueira Piol	Ibiraçu
Fábio João Martins Teixeira	Santa Teresa
Carla Santana Machado	Guarapari
Gustavo Mendes da Silva	Afonso Cláudio
Leonardo Santana Andrade	Afonso Cláudio
Patricia Marques Soares	Afonso Cláudio
Débora Ribeiro de Oliveira	Afonso Cláudio
Carolina Dias Gomes	Afonso Cláudio
Alessandra Santos Albani	Guarapari
Diogo Sossai Berger	Santa Maria de Jetibá
Rejane Cristina Silva de Freitas	Santa Maria de Jetibá
Zuleide Maria Cardozo	Domingos Martins
Lidiane de Fátima Guedes Ávila	Ibatiba
Fausto Covre	Santa Teresa
Franciely da Costa Guarnier	Vitória
Isabela Angeli	Santa Teresa
Célia Maria Foeger	Santa Leopoldina
Marciele Arrivabene	Santa Maria de Jetibá
Monica Oliveira Galimberti	Santa Maria de Jetibá
Carla Maria Barbosa Braga Alvarenga	Santa Leopoldina
Marcia de Souza Côrtes Dávila	Santa Leopoldina
Camila Verane Delboni	Vitória
Solange da Costa De Bortoli Neves	Vitória
Egídio Davilla Júnior	Vitória
Jean Carlos Arndt	Santa Teresa
Denise Rocha	Vila Velha
Luciana Corrêa Miranda Malini	Vitória
Patrícia de Freitas Pagotto	Venda Nova do Imigrante
Cristiano Humberto Lameira Cassandro	Venda Nova do Imigrante
Elizeth Carlos Vieira Toledo	Brejetuba
Eliza Henriques Gomes Silveira	Vila Velha
Tatiana Haddad Gomes	Itaguaçu

Josilene Zinguer	Itaguaçu
Marcelo Luiz koehler	Domingos Martins
Rosana Rupf da Penha	Domingos Martins
Joemilly Grecco Cezati	Venda Nova do Imigrante
Gabriele Teixeira Braz de Souza	Vitória
AMANDA DE JESUS MEIRELES	Vila velha
Daysi Koehler Behning	Vítima
Maria Angélica Callegario Vieira	SESA Enseada
Iohana kroehling	Vila Velha
Claudia Rodrigues Lopes Fernandes	Sesa
Camila Leal Cravo Duque	Vila Velha
Lenimar Marques de Souza Freitas	SRSV
Josymara Siqueira Duque	Sesa - nível central
Sigrid Stuhr	Santa Leopoldina
Vicente Penteado Vizioli	Aracruz
Isis Cruz Meira Quiñónez	Aracruz
Honori Callegari	Domingos Martins
Amanda Carlesso	João Neiva
Mariana Santana	Fundão
Mariana Togneri Martins	Fundão
Carla Neiva Aragão	SRSV