

# PLANEJAMENTO REGIONAL INTERGRADO *ESPÍRITO SANTO*

**Relatório Final**

## **Plano Regional Integrado**

- Região de Saúde Metropolitana
  - Região de Saúde Sul
- Região de Saúde Central Norte

DEZEMBRO 2024



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## **Governador do Estado do Espírito Santo**

José Renato Casagrande

## **Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA)**

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

Miguel Paulo Duarte Neto

## **Secretária Executiva da CIB/ES**

Maria do Socorro Rodrigues Lopes Fernandes

## **Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPI)**

Fabiano Ribeiro dos Santos

## **Subsecretário de Estado de Atenção à Saúde (SSAS)**

Carolina Marcondes Rezende Sanches

## **Gerência de Política e Organização de Redes de Atenção à Saúde (GEPORAS)**

### **Gerente de Projeto**

Daysi Koehler Behning

## **Grupo Condutor Estadual para o processo do Planejamento Regional Integrado – ES**

**Representantes da SESA • Representantes COSEMS/ES • Representante da SEMS/ES**

Resolução CIB n.º 167, 03 de setembro de 2021.

## **Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) da Região de Saúde Metropolitana**

Resolução CIR n.º 057, de 14 de outubro de 2022 • Homologada pela Resolução CIB n.º 263, de 16 de novembro de 2022

## **Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) da Região de Saúde Sul**

Resolução CIR-SUL n.º 037/2021, homologada pela Resolução CIB-ES n.º 179/2021 com atualização dos membros na Resolução n.º 044/2022 da CIR SUL e Resolução n.º 244/2022. E ainda, Resolução CIR/SUL n.º 025/2023 homologada pela Resolução n.º pela CIB/ES n.º 162/2023.

## **Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) da Região de Saúde Central Norte**

Resolução CIR n.º 038/2021 • Homologada pela Resolução CIB n.º 179/2021, com atualização dos membros na Resolução CIR n.º 047/2022, homologada pela Resolução CIB n.º 216/2022. E ainda, atualização dos membros na Resolução CIR n.º 054/2024, homologada pela Resolução CIB n.º 226/2024.

## **Elaboração**

*Apoiadores Institucionais do Planejamento Regional Integrado*

Fabiane Lima Simões

Michell Vetoraci Viana

## SUMÁRIO

1.	OBJETIVO
2.	CONTEXTUALIZAÇÃO
3.	GOVERNANÇA E GESTÃO DO PROCESSO NO ESPÍRITO SANTO
4.	O PROCESSO DE PLANJEMANETO REGIONAL INTEGRADO: FASES E PRODUTOS
	4.1 FASES
	4.2 PRODUTOS
5.	DESAFIOS E ONDE PODEMOS AVANÇAR
6	DOCUMENTOS DE INTERESSE
7.	REGISTROS DOS ENCONTROS
8	ANEXO OS PRODUTOS DAS 3 REGIÕES DE SAÚDE

## 1. OBJETIVO

Este Relatório tem por objetivo descrever o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) nas três Regiões de Saúde do Espírito Santo (PDR, 2020), contemplando os produtos elaborados pelos Grupos de Trabalho Macrorregional (GTM) à cada fase do processo e os três Planos Regionais Integrados de Saúde, que seguem em anexo.

Assim, para melhor compreensão do processo, é necessário estabelecer o recorte temporal de sua ocorrência, entre o período de 2021 a 2024, sendo que o período de 2021 a 2023 contou com apoio do projeto PROADISUS – Regionalização.

Outro apontamento necessário, que todo processo tomou como norte para o recorte territorial regional o Plano Diretor de Regionalização (PDR, 2020), vigente na ocasião, bem como planos de saúde Estadual (PES – 2020 a 2023) e Municipais (PMS – 2022 a 2025), sem perder de vista a necessária integração com o processo de construção do PES para o período de 2024 a 2027.

## 2 - CONTEXTUALIZAÇÃO

O Projeto Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde, denominado como Regionalização, tratou-se de uma das iniciativas tripartite para o aprimoramento da gestão e governança do Sistema Único de Saúde (SUS), através do *PROADISUS*<sup>1</sup>.

Inserido na agenda estratégica tripartite do SUS propôs-se fomentar a organização da **Rede de Atenção e de Vigilância à Saúde no Espírito Santo (RAVS-ES)**<sup>2</sup>, no âmbito das 03 (três)

---

<sup>1</sup> O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é uma aliança entre seis hospitais de referência no Brasil e o Ministério da Saúde. Criado em 2009, seu propósito é apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Portaria nº 102-R, de 20 de maio de 2021, que estabelece a organização da Rede de Atenção e de Vigilância no âmbito do Espírito Santo.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Regiões de Saúde aderidas ao projeto (PDR, 2020 vigente na ocasião), na perspectiva de induzir avanços na diretriz de **Regionalização** e do **Planejamento Regional Integrado (PRI)**, de forma ascendente, partindo das necessidades apontadas pelas regiões de saúde, instrumentalizando a gestão, por meio de apoio teórico metodológico às suas equipes, para a elaboração do **Plano Regional Integrado por Região de Saúde**, em consonância e integração ao Planejamento Estratégico da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Portanto, o compromisso assumido na elaboração desse relatório se concretizará a partir da narrativa dos Apoiadores Institucionais, no percurso de desenvolvimento de cada fase junto aos Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM).

### **2.1. DIRETRIZES E COMPROMISSOS ASSUMIDOS ENTRE AS INSTÂNCIAS GESTORAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESTADOS E MUNICÍPIOS), NO ÂMBITO DO PROADISUS-REGIONALIZAÇÃO:**

- *Pactuação dos gestores envolvidos em todos os níveis com o objetivo final do projeto;*
- *Flexibilidade operacional na condução do projeto de maneira a respeitar as singularidades de cada Estado e suas Macrorregiões (MRS), em especial quanto ao estágio de desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado (PRI) em cada unidade federada;*
- *Fortalecer a capacidade dos gestores e corpo técnico dos estados e dos municípios envolvidos no projeto para desenvolver todas as fases necessárias à realização de Planejamento Regional Integrado (PRI);*
- *Buscar total integração e sinergia com todos os projetos em desenvolvimento que tenham relação com a regionalização, gestão e melhoria da assistência em redes.*
- *Promover a elaboração do Planejamento Regional Integrado (PRI) nas Macrorregiões de Saúde (MRS) de forma participativa, ascendente e articulada com os planos municipais e estaduais de saúde e tendo a Atenção Básica como ordenadora da organização assistencial em todo o processo de planejamento;*

- *Desenvolver em conjunto com gestores e corpo técnico o diagnóstico situacional de saúde nas Macrorregiões de Saúde e estabelecer prioridades na atenção à saúde com base na “necessidade de saúde” e não, como em geral é realizado, com base nas disponibilidades (oferta) de serviços de assistência individual de média e alta complexidade;*
- *Com base nas prioridades definidas discutir e propor a organização da rede assistencial que garanta o acesso facilitado e a integralidade da atenção à saúde em toda a jornada do paciente;*
- *Identificar indicadores de processo e resultado que possam monitorar e avaliar o desenvolvimento do projeto e do Planejamento Regional Integrado (PRI) em cada Macrorregião de Saúde (MRS);*
- *Avaliar e divulgar resultados de forma ampla para a sociedade de modo a dar sustentação a um processo de melhoria contínua;*
- *Independentemente do cronograma do projeto, respeitar as circunstâncias assistenciais referentes à pandemia por Covid-19 e apoiar os territórios no planejamento para a sua melhor organização assistencial.*

Fonte: PROADISUS-Regionalização, HAOC-BP, (triênio 2021 – 2023).

No estado do Espírito Santo o PROADI-SUS Regionalização desenvolveu-se em sinergia às atividades de dois outros projetos: *PROADI-SUS Fortalecimento da Gestão Estadual SUS* e o *projeto da Portaria n.º 1.812/2020*, colaborando DISPONIBILIZANDO recursos financeiros COLOCAR DE ACORDO COM A PORTARIA para a contratação dos 03 (três) Apoiadores Institucionais para a coordenação dos trabalho? junto aos três GTM, sendo uma estratégia sugerida pela SESA/ES e acolhida pelo Grupo Conductor Estadual (GCE) do Planejamento Regional Integrado, diferenciando-se dos demais Estados. (fortalecendo o processo de trabalho

## **2.2. POR QUE INVESTIR NO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)?**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



O Planejamento Regional Integrado (PRI) apresentação como forte instrumento indutor que possibilita aos gestores:

- Avançar na organização das ações e serviços de saúde em *Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada*, visando a garantia do acesso universal, integral e equânime;
- *Fortalecer os processos de governança, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS).*

Fonte: PROADISUS-Regionalização, HAOC-BP, (triênio 2021 – 2023).

Portanto, surge da noção de que o município isoladamente não teria competência e acúmulo na capacidade instalada e no custeio para dar conta da integralidade da assistência em seu próprio território, necessitando irmanar-se articular com outros Municípios na construção de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), que seja suficiente atenda às necessidades de saúde de sua população, posicionando-se como uma estratégia importante no sentido de avançar na **construção da resolutividade** nas **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**, por considerar elementos como economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos, conforme disposto pelo Ministério da Saúde, através da Portaria de Consolidação nº 3/2017.

A **Macrorregião de Saúde (MRS)** corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais Regiões/Comissão Intergestores Regional (CIR), e seus respectivos municípios, deverá ser a **base** do Planejamento Regional Integrado (PRI), organizado no sentido de garantir uma maior **governança da RAS** e se consolidar de fato, como **base** para o **planejamento e orçamentação ascendente**, devendo:

- incorporar mecanismos que facilitem a **governança compartilhada** na Região de Saúde (RS)/Macrorregião de Saúde (MRS);
- ser **dimensionada** a partir de uma **Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada** que comporte uma capacidade de resolução mais ampla.

### 3- A GOVERNANÇA E GESTÃO DO PROCESSO NO ESPÍRITO SANTO

A governança do projeto esteve apoiada em três grupos principais para o desenvolvimento das atividades, conforme Quadro 1, a seguir.

**Quadro 1 – Sistema de Governança do projeto PROADISUS-Regionalização**

Grupo Nacional	Executivo	Grupo Executivo Estadual	Grupo Condutor Estadual	Grupo de Trabalho Macrorregional
Formado por representantes do HAOC, BP, MS, CONASS e CONASEMS para deliberar acerca do desenvolvimento do projeto, da aprovação do Documento de Diretrizes Teórico- Metodológicas e do Guia Operacional Básico (GOB) de cada uma das fases do projeto, conforme Plano de Trabalho.		Espaço constituído por representação tripartite para formulação de estratégias a serem discutidas e pactuadas no Grupo Condutor Estadual	Constitui-se como espaço de discussão, coordenação, condução, monitoramento e apoio do processo de regionalização e do PRI no estado e nas suas MRS. As atividades ocorrem em formato virtual ou presencial de acordo com a dinâmica do território, tendo como mediador o articulador estadual do projeto. Membros do GCE: representantes da SES, do COSEMS e Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEINSF/SEMS), com apoio	Espaço para elaboração técnica dos produtos baseados nas fases do projeto para a construção do PRI. Atua em conformidade com um planejamento periódico a ser construído com o apoio do articulador estadual, a partir dos Guias Operacionais Básicos elaborados pelo grupo executivo, que podem ser customizados pelo GCE. As atividades podem ocorrer em formato remoto ou presencial, de acordo com as necessidades locais. Membros do GTMR:

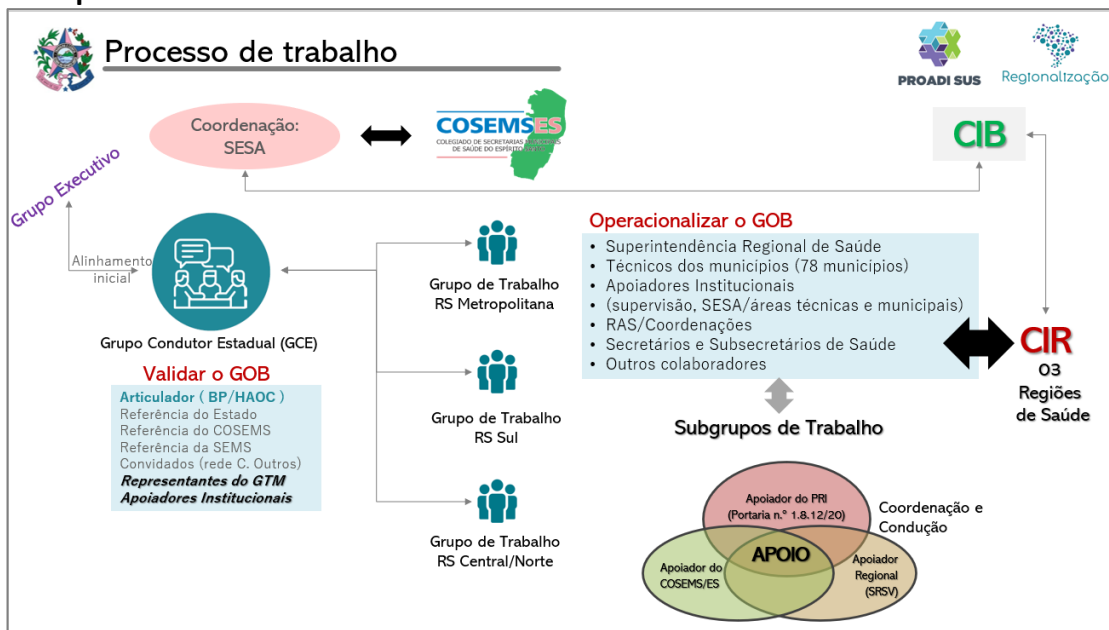
		técnico e metodológico do articulador estadual	representes da SES, dos municípios e da SEINSF/SEMS, com o apoio técnico metodológico do articulador estadual do projeto
--	--	--	--

Fonte: PROADISUS-Regionalização, HAOC-BP, (triênio 2021 – 2023).

O desenho da Gestão e Governança no estado do Espírito Santo, reafirmou a SESA como condutora do processo do Planejamento Regional Integrado (PRI), através da GEPORAS (Gerência de Políticas e Organização da Rede de Atenção à Saúde), na figura da gerente que também assumiu a gerência do projeto e do Grupo Condutor Estadual (GCE) de composição tripartite, *instituído* através da Resolução CIB/ES n.º 167 de 03/09/21.

O Infográfico 1 representa o desenho da Gestão e Governança do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) no Espírito Santo.

### Infográfico 1 – Gestão e Governança do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) no Espírito Santo.





MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Fonte: Elaborados pelos autores.

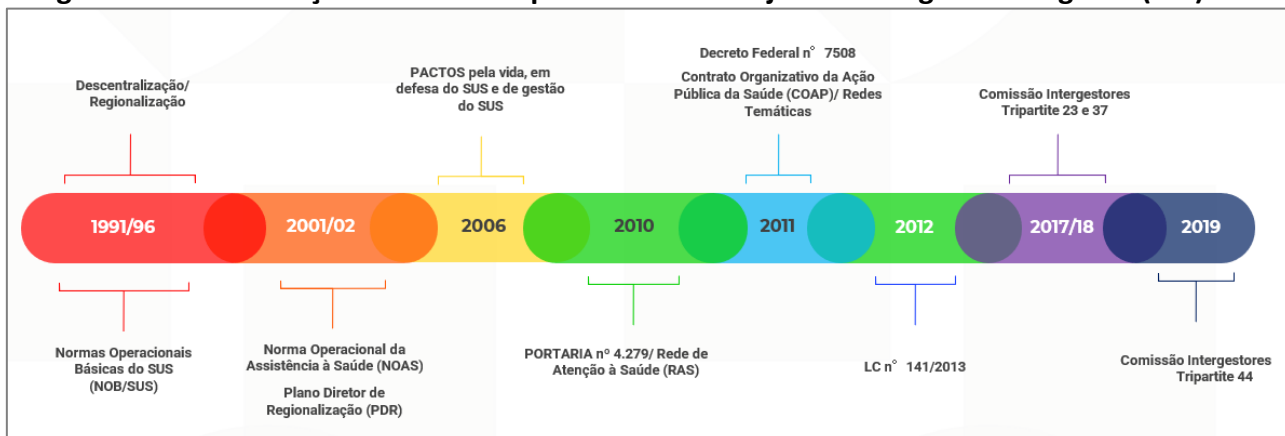
Quanto a implantação dos Grupos de Trabalho Macrorregional (GTM) para as três Regiões de Saúde, esses foram instituídos por Resoluções de suas respectivas CIR e homologadas pela CIB/ES, conforme descrição a seguir:

- GTM – Região de Saúde Metropolitana: Resolução CIR n.º 057 de 14/12/2022, homologada pela Resolução CIB/ES n.º 232/2022.
- GTM – Região Sul Resolução CIR-SUL n.º 037/2021, homologada pela Resolução CIB-ES n.º 179/2021 com atualização dos membros na Resolução n.º 044/2022 da CIR SUL e Resolução n.º 244/2022. E ainda, Resolução CIR/SUL n.º 025/2023 homologada pela Resolução n.º pela CIB/ES n.º 162/2023.
- GTM – Região Central Norte Resolução CIR n.º 038/2021 • Homologada pela Resolução CIB n.º 179/2021, com atualização dos membros na Resolução CIR n.º 047/2022, homologada pela Resolução CIB n.º 216/2022. E ainda, atualização dos membros na Resolução CIR n.º 054/2024, homologada pela Resolução CIB n.º 226/2024.

## 4- O PROCESSO DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI):

O processo de Planejamento Regional Integrado acumula arcabouço normativo que embora não seja objeto de descrição mais aprofundada desse resumo executivo, vale ressaltar, conforme destaca o Infográfico 2.

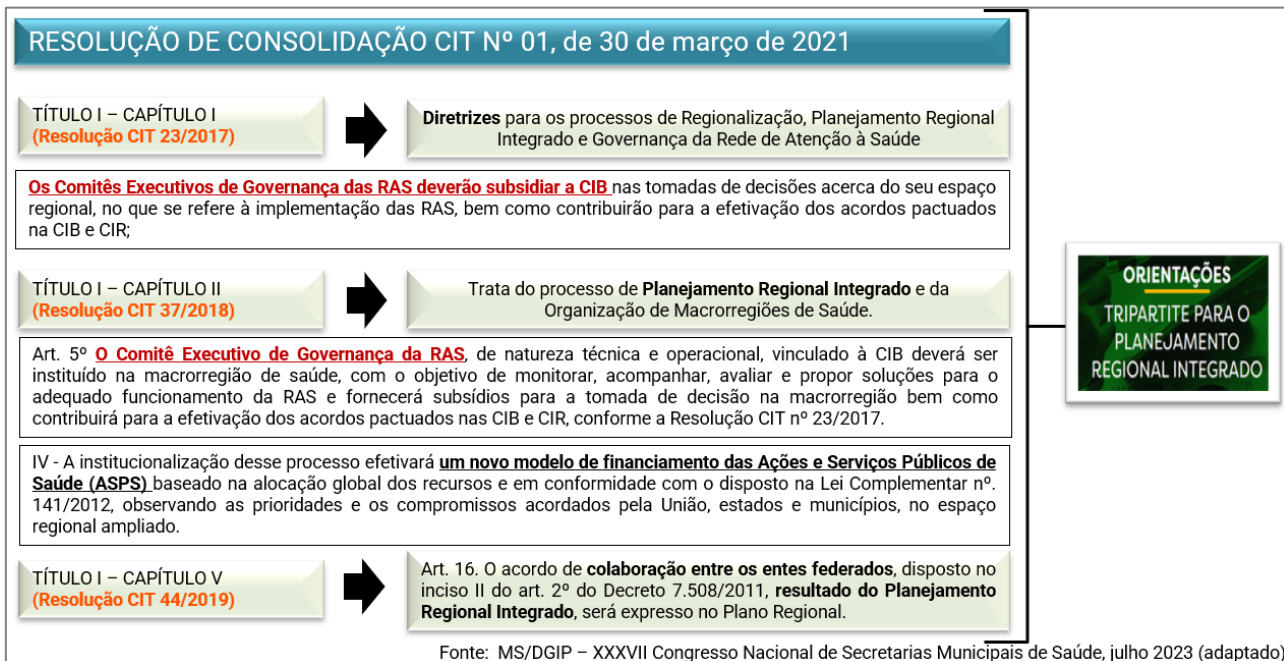
### Infográfico 2 – Arcabouço normativo do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI).



Fonte: MS/DGIP – XXXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, julho 2023.

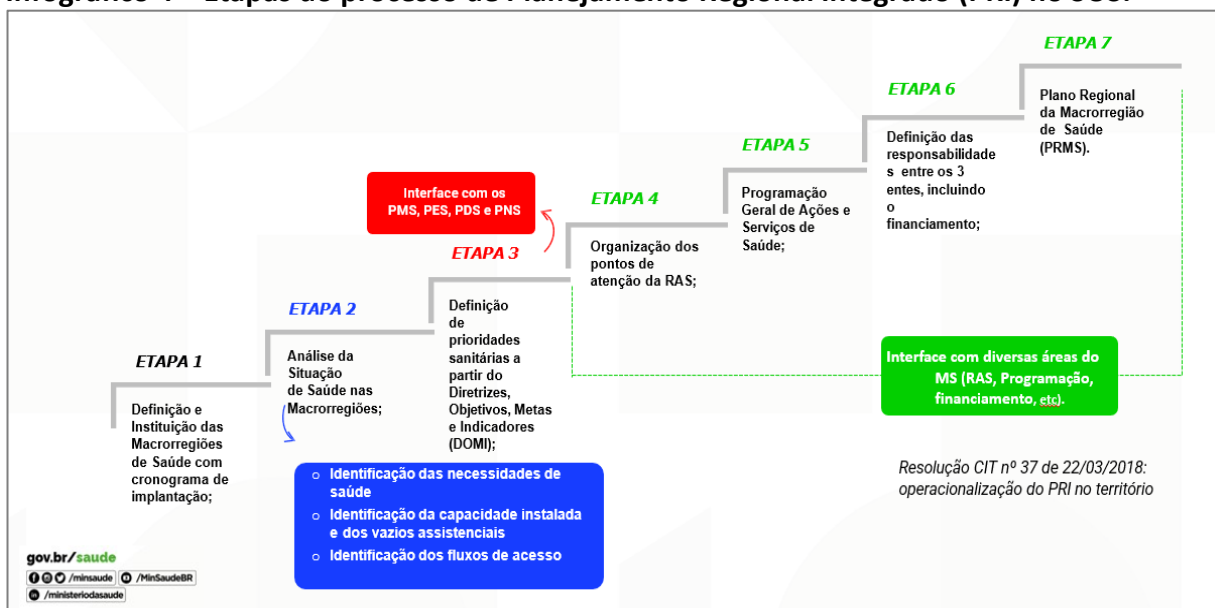
Para melhor descrição da trajetória do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) importa destacar que a normativa se consolida nas Resoluções CIT n.º 23/2017 e CIT n.º 37/2018, conforme demonstra o Infográfico 3, ao destacar fragmentos dessas normativas, que culminaram na publicação de documento de origem tripartite, que traz orientações aos entes federados sobre o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI).

### Infográfico 3 – Destaque da normativa para o Planejamento Regional Integrado (PRI).



A partir dessas resoluções e do acúmulo normativo de construção do processo de planejamento no SUS, são as fases sistematizadas para esse processo, conforme demonstra o Infográfico 4:

#### Infográfico 4 – Etapas do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) no SUS.

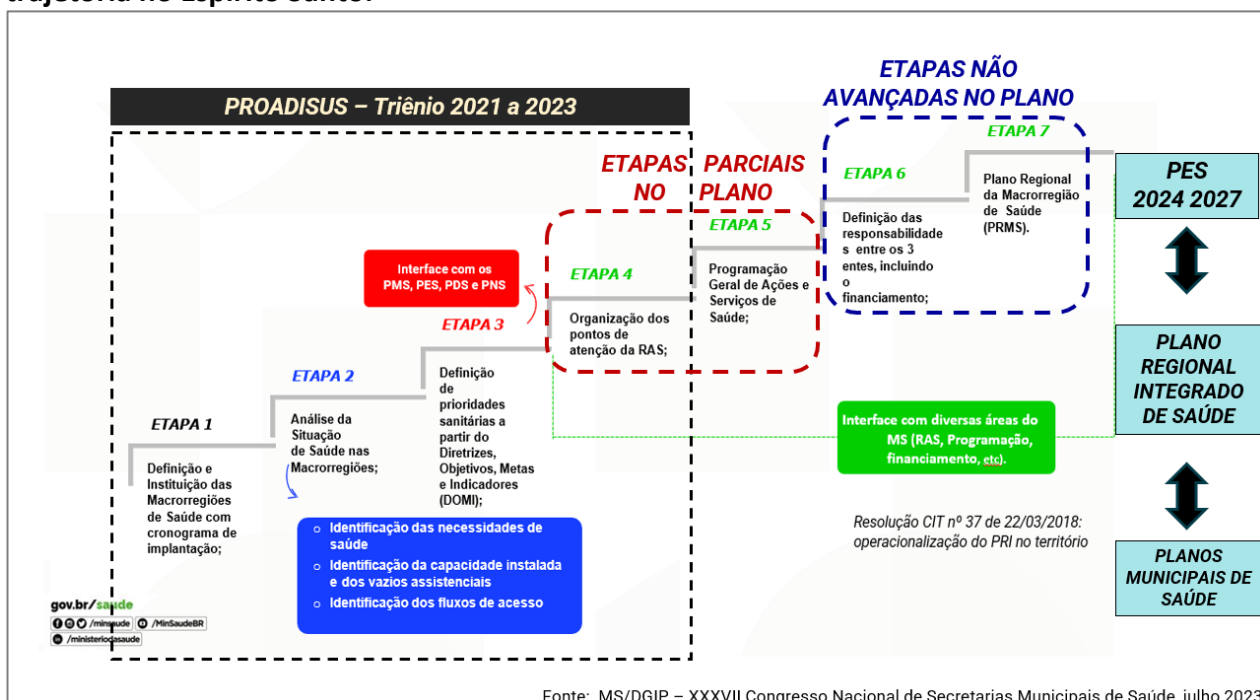


Fonte: MS/DGIP – XXXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, julho 2023.

#### 4.1 FASES DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI) no ES

O infográfico 5 ilustra as etapas previstas para o processo de planejamento regional integrado e sua trajetória no Espírito Santo.

**Infográfico 5 – Etapas previstas para o processo de planejamento regional integrado e sua trajetória no Espírito Santo.**



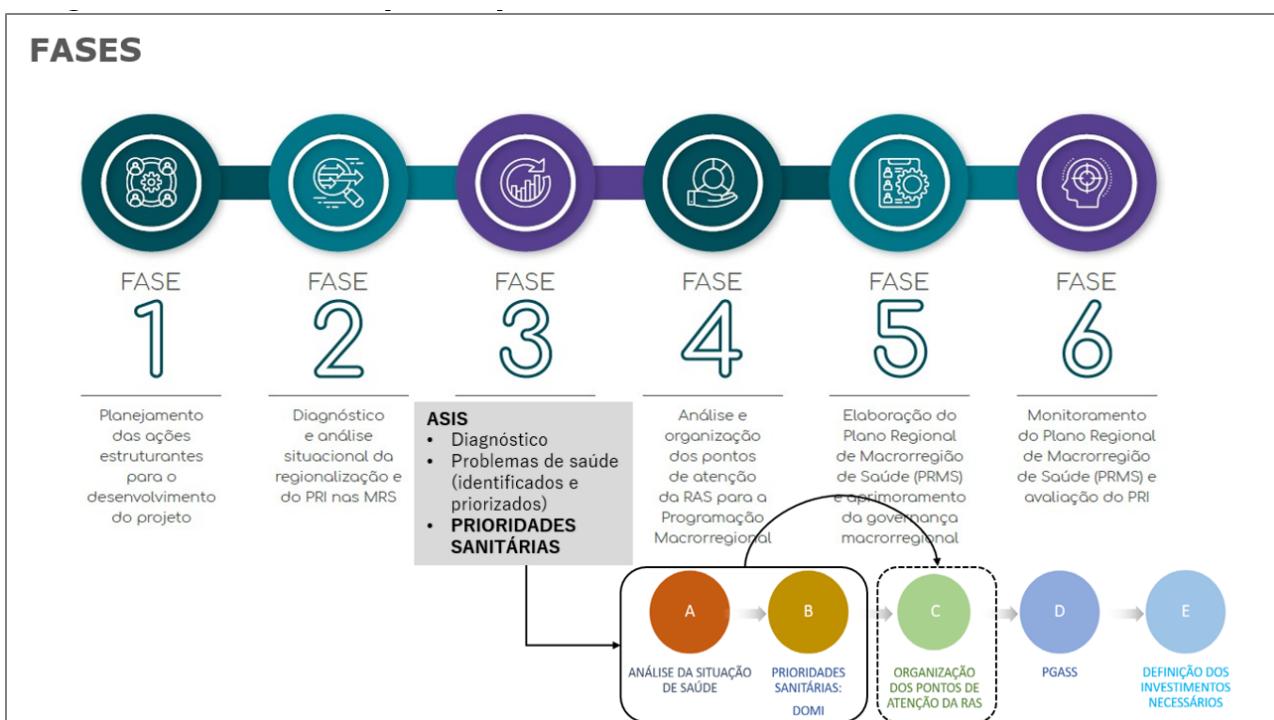
Fonte: MS/DGIP – XXXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, julho 2023 (Adaptado).

Assim, o processo foi concluído na sua totalidade para as etapas 1, 2 e 3, parcialmente para as etapas 4 e 5 e não concluídas para as etapas 6 e 7. Colocar a pactuação da continuidade do processo pela SESA

No entanto, ressalta-se que para no período em que o PROADISUS – Regionalização, apoiado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC, as três regiões de saúde, através dos seus respectivos Grupos de Trabalho Macroregionais (GTM), seguiram o roteiro proposto pelos Guias Operacionais Básicos (GOB), desenhados, respectivamente, para as fases do projeto, considerando as etapas do Planejamento Regional Integrado conforme Infográfico 6.

Portanto, foram as fases desenvolvidas com apoio do PROADISUS – Regionalização, conforme Infográfico 6.

**Infográfico 6 – Fases desenhadas para o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) com apoio do PROADISUS-Regionalização.**



Fonte: Projeto PROADI-SUS Regionalização.

A seguir, apresenta-se os objetivos geral e específicos do projeto e respectivas fases.

**OBJETIVO GERAL**

Fortalecer a gestão estratégica tripartite do SUS para a implementação do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e o aprimoramento da governança macrorregional do SUS.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS



Contribuir metodologicamente com a implementação do PRI no território, orientado por um processo de planejamento ascendente e participativo;



Aprimorar o processo de trabalho das equipes das SES e das SMS em relação ao PRI, por meio de atividades de EP, com apoio técnico e metodológico dos HE;



Identificar o estágio atual de desenvolvimento do PRI nas MRS, com disponibilização de ferramentas de suporte à elaboração desse diagnóstico pelos HE;



Qualificar os processos relacionados à governança regional por meio do apoio teórico-metodológico para o aprimoramento do processo de monitoramento do PRI;



Monitorar e avaliar a execução do PRI em MRS aderidas ao projeto, instituindo painéis de monitoramento e produzindo um documento-síntese que oponte aspectos que possam contribuir com a qualificação dos futuros ciclos de PRI nos anos seguintes.

### 4.1.1 Fase 01

Essa fase foi desenvolvida internamente e em articulação entre o Grupo Executivo e os Hospitais de Excelência, sendo o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) referência e apoio ao desenvolvimento do projeto.

### 4.1.2 Fase 02

A Fase 02 do projeto contemplou cinco etapas, desde a adesão do Estado e das Macrorregiões de Saúde ao processo, até a construção da Agenda do PRI, conforme demonstrado a seguir:

## Etapas da Fase 02 (PROADISUS-REGIONALIZAÇÃO)

Fase 2: Adesão, Estágio e Agenda do PRI	
Etapa 1	Adesão das SES, COSEMS e SMS ao projeto em cada macrorregião;
Etapa 2	Composição do Grupo Condutor Estadual (GCE) e do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM);
Etapa 3	Alinhamento conceitual e dos elementos teóricos-metodológicos de base;
Etapa 4	Elaboração do diagnóstico do estágio do PRI em cada Estado/Macrorregião;
Etapa 5	Elaboração/Pactuação da Agenda do PRI .

Fonte: PROADISUS – Regionalização

Assim, foram as ações desenvolvidas em cada Etapa da Fase 02:

- Etapa 1 – Adesão da SESA/ES, do COSEMES e da Superintendência do Ministério da Saúde no Espírito Santo (SEMS), através do TERMO DE ADESÃO ÀS CONDIÇÕES GERAIS DE EXECUÇÃO REFERENTES AO PROJETO “FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (REGIONALIZAÇÃO)” (ANEXO X) – **adesão das 03 (três) Regiões de Saúde ao projeto.**
- Etapa 2 – composição do Grupo Condutor Estadual (GCE) e Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) – **01 GCE e 03 GTM, um para cada respectiva Região de Saúde.**
- Etapa 3 – Alinhamento conceitual realizado em Oficina na data de 08/12/2021.
- Etapa 4 – Elaboração do Diagnóstico da Regionalização e do Estágio atual do PRI nas três Região de Saúde.

### 4.1.3 Fase 03

A Fase 03 contemplou duas etapas, quais sejam:

### Fase 3 - Análise de situação de saúde e identificação de prioridades sanitárias

Etapa 1

Elaboração das análises situacionais de saúde por região/região;

Etapa 2

Definição das prioridades sanitárias por macrorregião/região.

A operacionalização da fase foi através da realização de oficinas preparatórias, alinhamento conceitual e metodológico, reuniões de apoio técnico, elaboração da ASIS, definição de problemas e identificação da prioridade sanitária para as três Regiões de Saúde.

Foram as etapas desenvolvidas:

- Etapa 1 – Análise da Situação de Saúde (ASIS) elaborada e pactuada em cada uma das três Comissões Intergestores Regionais (Metropolitana, Sul, Central Norte) e homologadas pela CIB/ES
- Etapa 2 – prioridade sanitária definida por cada um dos três Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM), sendo a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para as Regiões de Saúde Metropolitana e Sul e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, para a Região Central Norte.

#### **4.1.4 Fase 4**

A Fase 04 contemplou as seguintes etapas:

## Organização dos **PONTOS DE ATENÇÃO, SISTEMA DE APOIO E SISTEMA LOGÍSTICO** da RAS para a programação das ações e serviços de saúde nos territórios

Etapa 1

Elaboração da proposta de organização dos pontos de atenção, sistema de apoio e sistema logístico da RAS;

Etapa 2

Elaboração da proposta da programação macrorregional;

Etapa 3

Implantação do Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS).

O percurso metodológico seguido pelos três Grupos de Trabalho Macrorregionais da Região (GTM), além das reuniões de Alinhamento conceitual com os próprios grupos, promoveu diversas reuniões com áreas técnicas da SESA/ES e Superintendências, com oficina preparatórias de alinhamento técnico para apoio às atividades do GTM, grupos de trabalho para desenvolvimento das atividades e oficina de finalização da Fase, com a entrega da Análise da Situação de Saúde de cada região de saúde e prioridade sanitária definida.

Importa observar que até o início da Fase 04 o PROADISUS – Regionalização apoiou o processo. Para sua finalização o Grupo Condutor Estadual e respectivos Grupos de Trabalho Macrorregionais assumiram a metodologia de trabalho, embora tomando como referência os Guias Operacionais Básicos disponibilizados pelo projeto.

Portanto, para a descrição do percurso a que se propõe esse relatório considerar o Infográfico 5 para as Fases 5 e 6.

Assim, a Fase 04 foi finalizada com elaboração e pactuação, em cada uma das três Regiões de Saúde, do Plano Regional Integrado de Saúde, para as respectivas prioridades sanitárias definidas, contemplando os seguintes itens:

I – Análise de Situação de Saúde (ASIS) da Macrorregião relacionada à uma Rede temática: Materno Infantil – RAMI-ES nas Regiões Metropolitana e Sul e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) na Região Central Norte.

II – Prioridades Sanitárias identificadas

III - Identificação dos Pontos de Atenção na Rede



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



III - Desenho da Rede Assistencial de Saúde: dimensão territorial, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.

IV- Programação das Ações e Serviços de Saúde

V - Matriz DOMI: Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicador

Não foi possível avançar nas etapas 6 e 7 (conforme Inforgráfico 5). No entanto, sobre a construção do painel de indicadores, está em curso na SESA processo de implantação da transição digital, a partir de indicadores que serão definidos pelos Grupos de Trabalho Macrorregionais, de acordo com suas respectivas prioridades sanitárias a serem discutidos e pactuados com o Grupo Condutor Estadual.

## **4.2 PRODUTO**

O Planejamento Regional Integrado (PRI) no Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo estratégico que busca organizar e articular as ações e serviços de saúde de forma integrada, visando atender às necessidades de saúde da população de uma região específica. No contexto do Espírito Santo (ES), o PRI busca otimizar os recursos e serviços de saúde para garantir que as ações de saúde sejam eficientes, acessíveis e de qualidade, em conformidade com os princípios do SUS.

Aqui estão alguns elementos fundamentais do PRI dentro do SUS do Espírito Santo:

### **4.2.1. Planejamento Regionalizado**

O SUS é estruturado em três níveis: federal, estadual e municipal. A regionalização no SUS implica em organizar a oferta de serviços de saúde de acordo com as necessidades das 3 Regiões de Saúde, considerando as características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas locais. Isso inclui:

Definir as regiões de saúde com base na proximidade geográfica e na demanda dos serviços.

Alinhar os serviços e ações entre os municípios e o Estado para garantir a continuidade do cuidado.

### **4.2.2. Integração entre os Serviços de Saúde**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



No PRI, a integração dos serviços de saúde (atenção primária, média e alta complexidade) é essencial. A ideia é criar um fluxo contínuo de atendimento entre os diferentes níveis de serviço:

**Atenção Primária:** A base do SUS, que inclui UBS (Unidades Básicas de Saúde), é o ponto de entrada para a maioria dos pacientes.

**Atenção Secundária e Terciária:** Servem como suporte para casos mais complexos que não podem ser resolvidos na atenção primária.

#### **4.2.3. Pactuação entre Entes Federativos**

A cooperação entre os três níveis de governo (municipal, estadual e federal) é crucial para garantir a eficácia do planejamento regional. Em muitos casos, o Estado coordena a integração entre os municípios, garantindo que os recursos sejam bem distribuídos e que haja continuidade no atendimento.

No Espírito Santo, as regiões de saúde são organizadas com base na rede de serviços de saúde já existente, e a pactuação é realizada para estabelecer como os serviços serão compartilhados e a distribuição dos recursos.

#### **4.2.4. Monitoramento e Avaliação**

O PRI envolve a criação de indicadores para avaliar o desempenho das ações de saúde na região. Isso inclui monitoramento da qualidade dos serviços, da cobertura populacional e do atendimento de saúde, com ajustes realizados conforme necessário.

#### **4.2.5. Inovação e Uso de Tecnologia**

O uso de tecnologias de informação é um ponto de atenção no PRI. O Espírito Santo tem investido em sistemas de prontuários eletrônicos, telemedicina e outros recursos tecnológicos para melhorar a comunicação entre os serviços de saúde e garantir que os dados dos pacientes circulem de forma mais ágil e eficiente.

#### **4.2.6. Participação Social**

No SUS, a participação da sociedade é fundamental. No Espírito Santo, como em outros estados, a população pode participar do processo de planejamento através de conselhos de saúde e conferências, garantindo que as decisões estejam alinhadas com as necessidades reais da comunidade.

Desafios:



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Falta de recursos financeiros: O planejamento regional deve ser constantemente ajustado para lidar com as limitações orçamentárias, garantindo que as ações e serviços sejam viáveis dentro da realidade financeira do estado.

Desigualdade regional: Algumas áreas do estado podem enfrentar maiores desafios de acesso a serviços de saúde devido à localização geográfica ou falta de infraestrutura, o que exige ações específicas de integração e distribuição mais eficiente.

Como o SUS do Espírito Santo aborda o PRI?

O Espírito Santo tem buscado adaptar suas políticas públicas de saúde de acordo com as características regionais, promovendo o acesso a serviços de saúde mais próximos da população, com foco na equidade e na redução das desigualdades regionais. Além disso, o estado tem implementado estratégias de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo que a maioria das demandas seja atendida localmente, e que os serviços mais complexos sejam disponibilizados conforme necessário.

Caso você esteja buscando um documento ou informações mais específicas sobre o Planejamento Regional Integrado do SUS no Espírito Santo, estão em **anexo I, II e III** os desenvolvimentos do Plano Regional Integrado em cada Região de Saúde do Espírito Santo (Metropolitana, Sul e Central Norte).

## 5- DESAFIOS E ONDE PODEMOS AVANÇAR

### 5.1 Desafios

1. Incluir as demais redes temáticas no processo de Planejamento Regional Integrado, de forma cíclica e contínua.
2. Promover discussões e impulsionar a construção da modelagem da governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito regional, alinhados ao Projeto FortaleceSES e considerando o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR).
3. Integrar o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) a outros Projetos do novo ciclo do PROADISUS 2024-2026, desenvolvidos na SESA.
4. Definição de responsabilidades no financiamento tripartite das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
5. Transformação Digital na Saúde (integração dos Sistemas da Saúde)
6. Pactuação do Transporte Sanitário de forma regionalizada

### 5.2 Expectativas

- Continuidade do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) para finalização do ciclo de acordo com as prioridades sanitárias definidas e avançar nas demais redes de atenção à saúde;
- Manutenção das atividades do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) para fortalecimento do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI);
- Análise do impacto regional e estadual sobre a proposta de ações para organização dos pontos de atenção, sistema de apoio e sistema logístico para as redes de atenção prioritizada e início do processo para as demais redes de atenção.

## 6- DOCUMENTOS DE INTERESSE

1. Resoluções CIR e CIB-ES
2. Análise da Situação de Saúde (ASIS) da Região de Saúde
3. Guias Operacionais Básico (GOB) – Fases 02, 03, 04, 05 e 06

## 7- REGISTROS DOS ALGUNS ENCONTROS

### GTM – Região de Saúde Central Norte 07/08/2023



**Oficina de Alinhamento Metodológico e Conceitual da Fase 04 – 30/08/2023**  
**Oficina de Construção da proposta de ações para organização da RAMI na Região de Saúde  
Metropolitana, – 29/11/2023**



**Reunião de Validação da Fase 04 – 07/03/2023**

**Apresentação da Análise da Situação de Saúde (ASIS) na Região Sul de Saúde –  
Subintendência de saúde de Cachoeiro do Itapemirim.**



**Oficina de Validação da Fase 03 – 17/03/2023**  
**Apresentação da Análise da Situação de Saúde (ASIS)**



## Seminário Estadual de Regionalização Interfederativa no SUS 24/08/2023

**PROGRAMAÇÃO**



Regionalização  
ESPÍRITO SANTO

Seminário Estadual de  
**REGIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA**  
**INTERFEDERATIVA NO SUS**  
24 AGOSTO DE 2023

LOCAL: ETSUS - Vitória/ES  
Rua Maria de Lourdes Garcia, nº 474,  
Ilha de Santa Maria

08h30: ACOLHIMENTO

08h45: MESA DE ABERTURA

09h30: EXPOSIÇÃO DIALOGADA: PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NO ESPÍRITO SANTO, SOB A ÓTICA DA DISCUSSÃO DE GOVERNANÇA - CONTAÇÃO DESSA HISTÓRIA  
**Convidado:** Francisco José da Silva - Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência em Saúde

10h00: MESA REDONDA: "A IMPORTÂNCIA DA GOVERNANÇA NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS"

**Convidados:**

- **MS: Alvimar Botega** (Coordenador de Apoio à Regionalização no SUS/Coordenação-Geral de Planejamento em Saúde/Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde)
- **CONASS: Eugênio Vilaça** (Consultor CONASS)
- **CONASEMS: Rodrigo Lacerda** (Assessor Técnico do CONASEMS)
- **HAOC: Anderson Torreão** (Assessor Técnico do Projeto Regionalização/HAOC)

11h20: DEBATE

12h00: ALMOÇO

13h30: AGENDA INTERNA DOS GRUPOS DE TRABALHO MACRORREGIONAIS (GTM)s  
• Iniciando o processo de implantação dos CEGRAS

15h00: PLENÁRIA - COMPARTILHAMENTO DAS REFLEXÕES COLETIVAS FEITAS NOS GTMs

15h45: RODA DE CONVERSA: REFLEXÕES, PACTUAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

16h15: AVALIAÇÃO

16h30: ENCERRAMENTO





MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Nosso sincero agradecimento,

À Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA/ES), em especial por investir no Apoio Institucional como recurso de apoio ao desenvolvimento do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI).

Às Superintendências Regionais de Saúde do Estado do Espírito Santo, pela disponibilidade e generosidade de toda equipe de trabalho.

À Daysi Koehler Behning e Maria do Socorro Rodrigues Lopes Fernandes, por acreditarem que seria possível desenvolver o Planejamento Regional Integrado (PRI), em região de saúde tão singular e adversa.

Aos colegas Apoiadores Institucionais, todos que se dedicaram à função de apoio, nesse processo denso, intenso e tão exigente, meu carinho e gratidão. Não desistam!

Aos colegas de condução do Grupo de Trabalho Macrorregional, gratidão por nos apoiarmos!

Ao Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) das Regiões de Saúde Metropolitana, Sul e Central Norte, nosso respeito e admiração por não esmorecerem, por envergarem, mas não se renderem aos inúmeros desafios. Gratidão pela acolhida e pela oportunidade de aprender e pelos bons encontros ocorrido. Continuem firmes!!

Ao Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde (NEPSS) e equipe por nos apoiar tecnicamente e nos fornecer pistas para fortalecer o processo.

AbraSUS,

Fabiane Lima Simões

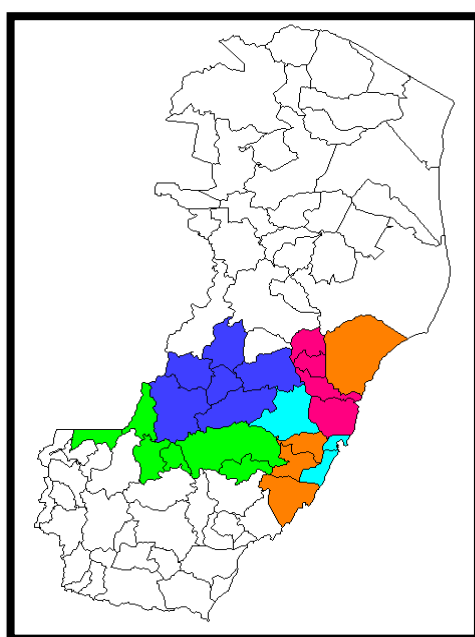
Apoiadora Institucional do Planejamento Regional Integrado (PRI)

Michell Vetoraci Viana

Apoiador Institucional do Planejamento Regional Integrado (PRI)

Anexo 1. Plano Regional da Região Integrado – Região de Saúde Metropolitana.

# PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)



Plano Regional Integrado

## REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA

Afonso Cláudio  
Aracruz  
Brejetuba  
Cariacica  
Conceição do Castelo  
Domingos Martins  
Fundão  
Guarapari

Ibatiba  
Ibiraçu  
Itaguaçu  
Itarana  
João Neiva  
Laranja da Terra  
Marechal Floriano  
Santa Leopoldina

Santa Maria de Jetibá  
Santa Teresa  
Serra  
Venda Nova do Imigrante  
Viana  
Vila Velha  
Vitória



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



**Ministério da Saúde •Superintendência Estadual do Espírito Santo (SEMS)**

**Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES)**

**Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA)**

•Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo

Miguel Paulo Duarte Neto

•Secretaria Executiva – CIB/ES

Maria do Socorro Fernandes

•Superintendência Regional de Saúde de Vitória (SRSV)

Heber de Souza Luar

•Subsecretário de Estado de Atenção à Saúde (SSAS)

José Tadeu Marino

•Gerência de Política e Organização de Redes de Atenção à Saúde (GEPORAS)

Gerente de Projeto

Daysi Koehler Behning

Elaboração

Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) da Região de Saúde Metropolitana

Resolução CIR n.º 057, de 14 de outubro de 2022 • Homologada pela Resolução CIB n.º 263, de 16 de novembro de 2022

Consolidação das informações

Apoiadora Institucional do GTM da Região de Saúde Metropolitana (SESA/ICEPI)

Fabiane Lima Simões

Colaboração

•Apoiador Institucional do COSEMES

Lucileia Eller Rosa

•Referência Técnica da RAMI para a Região de Saúde Metropolitana

Lenimar Marques de Souza Freitas

•Grupo Condutor Regional da RAMI – Região de Saúde Metropolitana



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## APRESENTAÇÃO

Este Plano Regional Integrado representa o produto do processo de Planejamento Regional Integrado da Região de Saúde Metropolitana.

Conforme avançado as fases do planejamento regional integrado, o plano inicialmente, foi desenvolvido de acordo com a prioridade sanitária alta taxa de mortalidade materna na referida região e representa os esforços tripartite para organização da Rede de Atenção Materna e Infantil Metropolitana.

Portanto, um processo que se mantém ativo e requer aprimoramento das atividades de monitoramento e avaliação, inerente a qualquer produto do processo de planejamento, considerando seus avanços e desafios, sendo necessário revisões periódicas e pactuações para sua implementação, servindo como ponto de partida para subsidiar a Comissão Intergestores Regional em decisões assertivas.

Para a elaboração do plano, tanto o Grupo de Trabalho Macrorregional quanto o recém implantado Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Materna e Infantil reconhecem ser necessário conjunto de esforços para busca e disponibilidade de informações que não foram suficientes serem produzidas, para uma análise mais refinada, destacando o financiamento das ações e serviços, serviços de apoio e logístico e governança da rede de atenção.

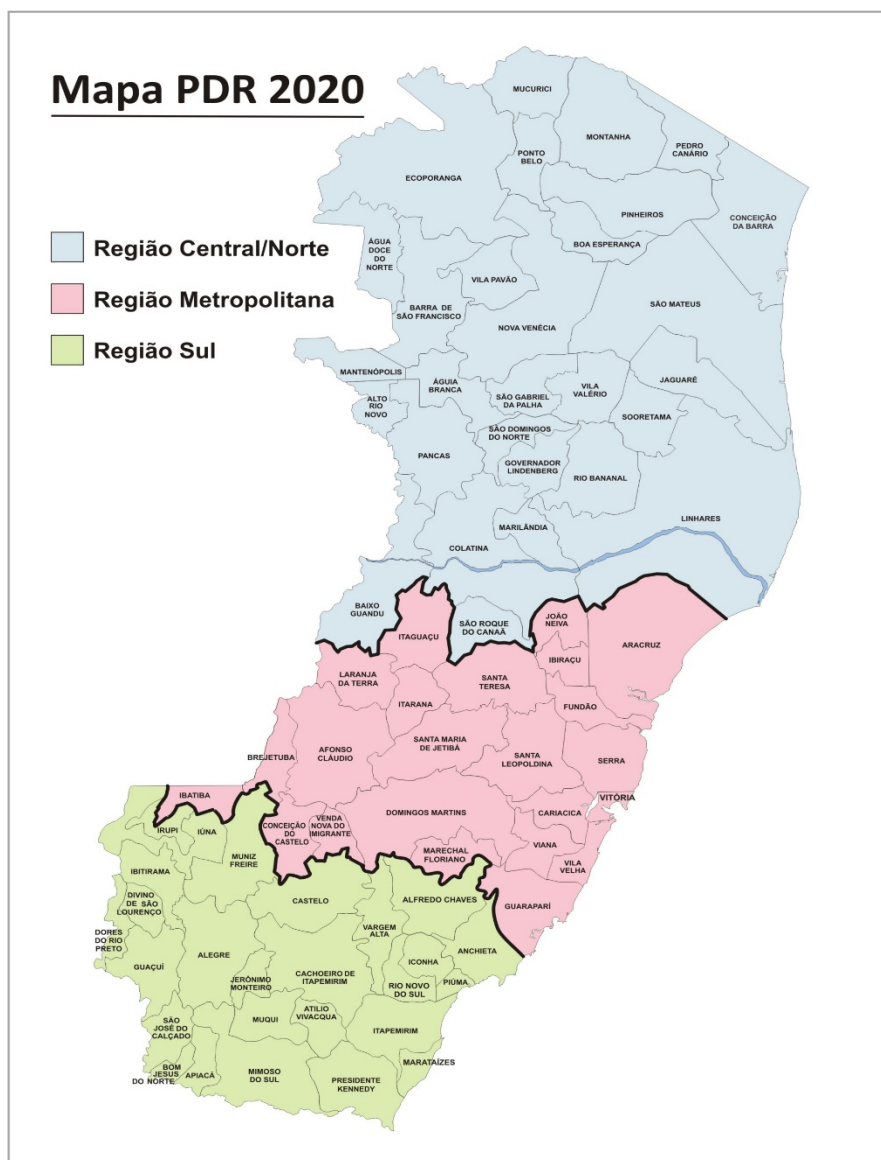
Essa entrega celebra a grande participação dos técnicos e gestores da SESA, nível Central e Regional, das Secretarias Municipais de Saúde e da Superintendência do Ministério da Saúde no Espírito Santo, nas mais diversas oportunidades de participação, principalmente das atividades do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) da Região de Saúde Metropolitana, responsável pelo desenvolvimento do processo de Planejamento Regional Integrado na referida Região de Saúde.

O Plano Regional Integrado da Região de Saúde Metropolitana apresenta-se em seções que contemplam o desenvolvimento do Processo de Planejamento Regional Integrado e respectivos produtos intermediários, que foram apresentados a Câmara Técnica e validados pela Comissão Intergestores Regional, nas Fases 02, 03 e 04, esta última de forma parcial.

## SEÇÃO 1 – CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA

Segundo seu Plano Diretor de Regionalização (PDR) (SESA, 2020), Resolução CIB/ES n.º 153, de 18 de dezembro de 2020, o estado do Espírito Santo está dividido em 03 (três) Regiões de Saúde, conforme demonstra a Figura 1:

Figura 1 – Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde do Espírito Santo, 2020.



Fonte: SESA, 2020.

Compõe a Região de Saúde Metropolitana um total de 23 (vinte e três) municípios, conforme Quadro 1.

**Quadro 1 – Municípios que compõem a Região de Saúde Metropolitana, PDR, 2020.**

REGIÃO	MUNICÍPIOS
<b>METROPOLITANA</b>	Afonso Cláudio
	Aracruz
	Brejetuba
	Cariacica
	Conceição do Castelo
	Domingos Martins
	Fundão
	Guarapari
	Ibatiba
	Ibiraçu
	Itaguaçu
	Itarana
	João Neiva
	Laranja da Terra
	Marechal Floriano
	Santa Leopoldina
	Santa Maria de Jetibá
Santa Teresa	
Serra	
Venda Nova do Imigrante	
Viana	
Vila Velha	
Vitória	

Fonte: SESA/ES – Plano Diretor de Regionalização, 2020.

Essa Região de Saúde apresenta características bastante diversa das demais duas regiões, pois comporta os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória, compreendendo o espaço territorial da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), instituída pela Lei Complementar n.º 204, de 21 de janeiro de 2001 (GOVERNO DO ESPÍRITO SANTO, 2001), com vista à organização, planejamento e à execução de funções públicas de interesse comum, nesse território, o que inclui as políticas de saúde.

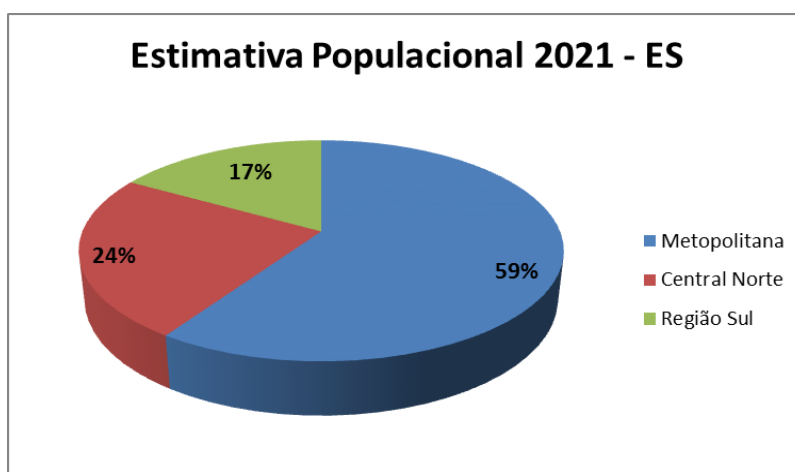
Ressalta-se que para algumas linhas de cuidado, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ganha suficiência para as Regiões de Saúde Sul e Central/Norte, somente na Região de Saúde Metropolitana.

## 1.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Os municípios de Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória concentram o maior número de habitantes e ainda se observa grande diferença entre os municípios da região composta pelo litoral e a região montanhosa. Há municípios com população sazonal atraída, principalmente, pelo turismo (finais de semana e feriados) e períodos de colheita.

No Gráfico 1 torna-se possível observar a diferença populacional entre as regiões, sendo possível identificar o percentual de 59,3% da população do Estado do Espírito Santo na Região Metropolitana, segundo fontes da Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

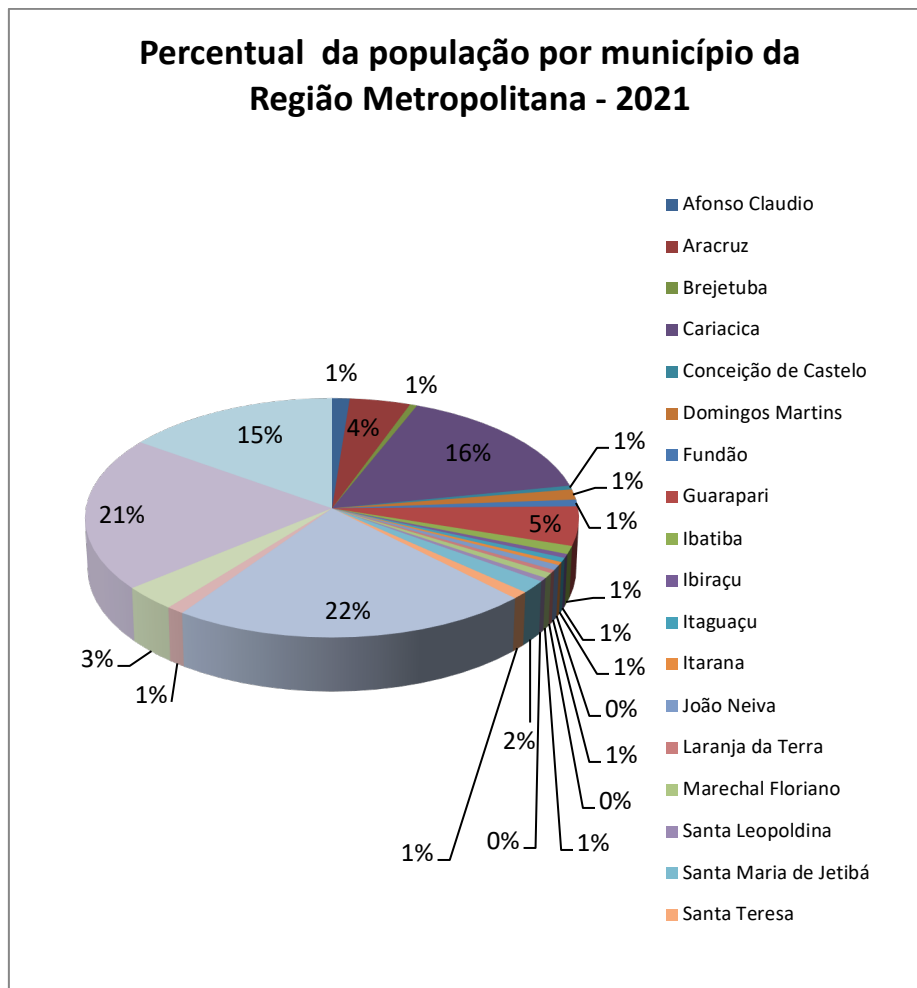
**Gráfico 1 – Percentual de participação populacional por Região de Saúde e do Espírito Santo, 2022**



Fonte: IBGE

Os municípios de Afonso Cláudio, Itaguaçu, Itarana e João Neiva apresentam decréscimo populacional comparando a população dos anos de 2018 com 2022, enquanto a maior concentração populacional da Regional Metropolitana se encontra nos municípios da Grande Vitória como demonstra o Gráfico 2.

**Gráfico 2 – Percentual de participação populacional por município e Região Metropolitana, 2022.**



Fonte: IBGE

Em relação ao gênero a distribuição entre homens e mulheres há certo equilíbrio, com pouca diferença percentual, apresentando um pequeno aumento da parcela feminina em comparação a masculina, como se percebe pela Tabela 1 que se apresenta abaixo.

**Tabela 1 – População residente segundo sexo e Região de Saúde Metropolitana, 2022.**

Município	FEMININA	MASCULINO
Afonso Cláudio	15.277	15.407
Aracruz	47.872	46.893
Brejetuba	6.331	6.654
Cariacica	183.096	170.395
Conceição do Castelo	5.964	5.973
Domingos Martins	17.546	17.870
Fundão	9.113	8.901
Guarapari	63.971	60.685
Ibatiba	12.686	12.694
Ibiraçu	5.916	5.807
Itaguaçu	6.840	6.749
Itarana	5.336	5.261
João Neiva	7.265	6.814
Laranja da Terra	5.493	5.601
Marechal Floriano	8.846	8.795
Santa Leopoldina	6.229	6.877
Santa Maria de Jetibá	20.534	21.102
Santa Teresa	11.475	11.333
Serra	269.243	251.410
Venda Nova do Imigrante	12.129	11.702
Viana	36.243	37.180
Vila Velha	242.147	225.575
Vitória	173.415	149.454
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.185.653</b>	<b>1.099.132</b>
<b>TOTAL</b>		<b>2.284.785</b>
<b>PERCENTUAL</b>	<b>51,89%</b>	<b>48,10%</b>

Fonte: IBGE, 2022.

Os municípios com maiores extensões territoriais são Aracruz e Domingos Martins respectivamente. Vitória, a Capital do Estado, possui a menor área e a maior densidade demográfica. Ainda que seja o quarto em população, destacam-se também no conjunto a densidade populacional dos Municípios de Cariacica e Vila Velha, conforme demonstra Tabela 2, a seguir.

**Tabela 2 – Extensão Territorial e Densidade Demográfica por município e Região de Saúde Metropolitana, 2021.**

MUNICÍPIO	Extensão Territorial 2021	Densidade Demográfica 2010
Afonso Claudio	941,188	32,68
Aracruz	1.420,29	57,47
Brejetuba	354,404	34,62
Cariacica	279,718	1.246,12
Conceição de Castelo	369,778	31,64
Domingos Martins	1.229,21	25,93
Fundão	286,854	58,97
Guarapari	589,825	177,1
Ibatiba	240,278	92,98
Ibiraçu	201,248	55,54
Itaguaçu	535,021	26,59
Itarana	295,189	36,42
João Neiva	284,735	55,52
Laranja da Terra	458,37	23,62
Marechal Floriano	285,495	49,98
Santa Leopoldina	718,325	17,05
Santa Maria de Jetibá	735,198	46,46
Santa Teresa	683,032	31,94
Serra	547,631	741,85
Venda Nova do Imigrante	185,909	109,98
Viana	312,279	207,84
Vila Velha	210,225	1.973,59
Vitória	97,123	3.339,30
<b>Região Metropolitana</b>	<b>11.261,32</b>	<b>147.934,70</b>
<b>Espírito Santo</b>	<b>46.074,45</b>	<b>89,17</b>

Fonte: IBGE, 2022.

Os dados do perfil demográfico representam as características da população. Dados como faixa etária e gênero permitem compreender melhor certas características básicas da população.

A Tabela 3 apresenta em números absoluto e percentual da população residente total por município e Região Metropolitana. A Região Metropolitana apresentou, pela estimativa do IBGE (2021), 2.440.320 habitantes, sendo o município da Serra e de Vila Velha os mais populosos, representando respectivamente 22% e 20,85% da população da região. Os

municípios com menor percentual de população são Itarana e Laranja da Terra, com respectivamente 0,43% e 0,45% da população da região. Ainda analisando a tabela, verificamos que os municípios da Grande Vitória (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória) abrangem 83,31% da população da Região Metropolitana de Saúde.

**Tabela 3 – Número absoluto e percentual da população residente total segundo município (2017-2021).**

Municípios	2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Afonso Cláudio	30.856	1,33%	30.720	1,31%	30.586	1,29%	30.455	1,26%
Aracruz	97.356	4,20%	99.305	4,23%	101.220	4,25%	103.101	4,28%
Brejetuba	12.357	0,53%	12.381	0,53%	12.404	0,52%	12.427	0,52%
Cariacica	375.875	16,23%	378.603	16,13%	381.285	16,03%	383.917	15,93%
Conceição do Castelo	12.552	0,54%	12.638	0,54%	12.723	0,53%	12.806	0,53%
Domingos Martins	33.570	1,45%	33.711	1,44%	33.850	1,42%	33.986	1,41%
Fundão	20.606	0,89%	21.061	0,90%	21.509	0,90%	21.948	0,91%
Guarapari	121.073	5,23%	122.982	5,24%	124.859	5,25%	126.701	5,26%
Ibatiba	25.375	1,10%	25.732	1,10%	26.082	1,10%	26.426	1,10%
Ibiraçu	12.249	0,53%	12.365	0,53%	12.479	0,52%	12.591	0,52%
Itaguaçu	14.153	0,61%	14.109	0,60%	14.066	0,59%	14.023	0,58%
Itarana	10.683	0,46%	10.619	0,45%	10.555	0,44%	10.494	0,44%
João Neiva	16.559	0,72%	16.614	0,71%	16.668	0,70%	16.722	0,69%
Laranja da Terra	10.975	0,47%	10.961	0,47%	10.947	0,46%	10.933	0,45%
Marechal Floriano	16.230	0,70%	16.464	0,70%	16.694	0,70%	16.920	0,70%
Santa Leopoldina	12.279	0,53%	12.251	0,52%	12.224	0,51%	12.197	0,51%
Santa Maria de Jetibá	39.229	1,69%	39.835	1,70%	40.431	1,70%	41.015	1,70%
Santa Teresa	23.317	1,01%	23.455	1,00%	23.590	0,99%	23.724	0,98%
Serra	497.515	21,49%	507.598	21,62%	517.510	21,75%	527.240	21,88%
Venda Nova do Imigrante	24.315	1,05%	24.800	1,06%	25.277	1,06%	25.745	1,07%
Viana	75.647	3,27%	76.954	3,28%	78.239	3,29%	79.500	3,30%
Vila Velha	478.450	20,66%	486.208	20,71%	493.838	20,76%	501.325	20,80%
Vitória	354.373	15,30%	358.267	15,26%	362.097	15,22%	365.855	15,18%
<b>TOTAL</b>	<b>2.315.594</b>		<b>2.347.633</b>		<b>2.379.133</b>		<b>2.410.051</b>	

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE de 2000 a 2021, acesso em 23/09/2021. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsvsbr.def> (acesso em 23/09/22);

Legenda:

- ❶ município de até 20 mil habitantes = 09 municípios (39,13%)
- ❷ município de 20 mil a 100 mil habitantes = 08 municípios (34,78%)
- ❸ município acima de 100 mil habitantes = 06 municípios (26%)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## 1.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é uma medida geral, sintética, que mensura o desenvolvimento e o progresso de uma unidade territorial a partir de três dimensões: renda, saúde e educação. O município de Vitória obteve o 1º lugar na Região de Saúde Metropolitana e ocupa a 5ª posição, entre os municípios brasileiros. Além disso, é o único município do estado que está entre os dez primeiros no ranking brasileiro, sendo o próximo município do estado em destaque Vila Velha, aparecendo em 40ª posição no ranking nacional. Esse índice na dimensão da renda considera o PIB per capita objetivando a avaliação de um padrão de vida digno; já a dimensão da saúde considera a expectativa de vida ao nascer e a condição de saúde durante a vida do indivíduo; e, na dimensão da educação considera-se o acesso ao conhecimento, avaliando os anos médios de estudo em comparação aos anos esperados de escolaridade.

Dessa forma a combinação da renda com a saúde e a educação define um processo de ampliação do acesso e das escolhas individuais do sujeito possibilitando assim uma ampliação da capacidade e da oportunidade em ser o que se deseja, tornando o indivíduo mais empoderado, dando-lhe condição de desenvolver-se e de melhorar o desenvolvimento do seu território.

Em relação a população que tem plano de saúde privado, de acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS) (2017 a 2021), percebe-se uma disparidade na região, onde Vitória tem 59,41% da sua população com plano de saúde e Laranja da Terra apenas 3,18% da população do seu território. A Grande Vitória tem a maior concentração de população com Plano de Saúde privado, se comparado com o restante dos municípios da Região de Saúde. O Quadro 2 apresenta o percentual da população beneficiária de planos de saúde por município da Região, de acordo com a Agência Nacional de Saúde, usando como referência o mês de julho de 2021.

## Quadro 2 – Percentual da população beneficiária de planos de saúde privados, por município, Região Metropolitana de Saúde/ES, 2017 a 2021.

Município	2017			2018			2019			2020			2021		
	N <sup>1</sup>	Benef. <sup>2</sup>	%	N <sup>1</sup>	Benef. <sup>2</sup>	%	N <sup>1</sup>	Benef. <sup>2</sup>	%	N <sup>1</sup>	Benef. <sup>2</sup>	%	N <sup>1</sup>	Benef. <sup>2</sup>	%
Afonso Cláudio	30.856	3196	10,36%	30.720	2954	9,62%	30.586	2956	9,66%	30.455	2843	9,34%	30.326	2852	9,40%
Aracruz	97.356	29594	30,40%	99.305	30750	30,97%	101.220	29362	29,01%	103.101	30661	29,74%	104.942	33363	31,79%
Brejetuba	12.357	466	3,77%	12.381	508	4,10%	12.404	500	4,03%	12.427	468	3,77%	12.450	491	3,94%
Cariacica	375.875	111368	29,63%	378.603	112770	29,79%	381.285	114728	30,09%	383.917	116725	30,40%	386.495	121302	31,39%
Conceição do Castelo	12.552	1200	9,56%	12.638	1175	9,30%	12.723	1326	10,42%	12.806	1224	9,56%	12.887	1277	9,91%
Domingos Martins	33.570	4070	12,12%	33.711	4238	12,57%	33.850	4386	12,96%	33.986	4589	13,50%	34.120	4947	14,50%
Fundão	20.606	4038	19,60%	21.061	4003	19,01%	21.509	3939	18,31%	21.948	3974	18,11%	22.379	3894	17,40%
Guarapari	121.073	25620	21,16%	122.982	25578	20,80%	124.859	26607	21,31%	126.701	27177	21,45%	128.504	29393	22,87%
Ibatiba	25.375	1572	6,20%	25.732	1727	6,71%	26.082	1735	6,65%	26.426	1663	6,29%	26.762	1740	6,50%
Ibiraçu	12.249	3187	26,02%	12.365	3218	26,03%	12.479	3057	24,50%	12.591	2977	23,64%	12.701	2808	22,11%
Itaguaçu	14.153	1042	7,36%	14.109	1113	7,89%	14.066	1161	8,25%	14.023	1196	8,53%	13.982	1219	8,72%
Itarana	10.683	1349	12,63%	10.619	1323	12,46%	10.555	1325	12,55%	10.494	1358	12,94%	10.433	1365	13,08%
João Neiva	16.559	5856	35,36%	16.614	5928	35,68%	16.668	5559	33,35%	16.722	5970	35,70%	16.774	6024	35,91%
Laranja da Terra	10.975	351	3,20%	10.961	363	3,31%	10.947	384	3,51%	10.933	376	3,44%	10.919	347	3,18%
Marechal Floriano	16.230	2331	14,36%	16.464	2417	14,68%	16.694	2507	15,02%	16.920	2780	16,43%	17.141	3020	17,62%
Santa Leopoldina	12.279	701	5,71%	12.251	701	5,72%	12.224	740	6,05%	12.197	702	5,76%	12.171	685	5,63%
Santa Maria de Jetibá	39.229	3128	7,97%	39.835	3425	8,60%	40.431	3707	9,17%	41.015	3693	9,00%	41.588	3970	9,55%
Santa Teresa	23.317	4060	17,41%	23.455	4202	17,92%	23.590	4159	17,63%	23.724	4090	17,24%	23.853	4046	16,96%
Serra	497.515	164636	33,09%	507.598	169021	33,30%	517.510	173353	33,50%	527.240	181882	34,50%	536.765	194372	36,21%
Venda Nova do Imigrante	24.315	4753	19,55%	24.800	4838	19,51%	25.277	4999	19,78%	25.745	5015	19,48%	26.204	5173	19,74%
Viana	75.647	15900	21,02%	76.954	16525	21,47%	78.239	17219	22,01%	79.500	17104	21,51%	80.735	17798	22,04%
Vila Velha	478.450	205224	42,89%	486.208	207669	42,71%	493.838	212268	42,98%	501.325	220628	44,01%	508.655	228386	44,90%
Vitória	354.373	216536	61,10%	358.267	215078	60,03%	362.097	214069	59,12%	365.855	216169	59,09%	369.534	218813	59,21%
<b>TOTAL</b>	<b>2.315.594</b>	<b>810.178</b>	<b>34,99%</b>	<b>2.347.633</b>	<b>819.524</b>	<b>34,91%</b>	<b>2.379.133</b>	<b>830.046</b>	<b>34,89%</b>	<b>2.410.051</b>	<b>853.264</b>	<b>35,40%</b>	<b>2.440.320</b>	<b>887.285</b>	<b>36,36%</b>

Fonte: N1 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE de 2000 a 2021, acesso em 23/09/2021. Benef.2 - SIB/ANS/MS – mês de referência 07/2022, acesso em 03/10/2022.

## SEÇÃO 2 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE (ASIS)

### INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

Os indicadores de saúde são utilizados para medir as condições de saúde e a qualidade de vida da população, indicando a necessidade de realizar ações de saúde coletivas e socializadas. Para acompanhamento e monitoramento das condições de vida e de saúde materno e infantil, a taxa de mortalidade infantil, o coeficiente de mortalidade materna e a sífilis congênita, são importantes indicadores que deverão ser avaliados periodicamente.

A mortalidade materna e infantil está vinculada, em sua grande maioria, a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Mais de 85% dos óbitos maternos e infantis poderiam ser evitados, se os direitos das mulheres e dos recém-nascidos fossem garantidos.

## 2.1 Incidência de Sífilis Congênita na Região de Saúde Metropolitana

A sífilis é uma Infecção Sexualmente transmissível (IST), curável, exclusiva do ser humano, causada pelo *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios “sífilis primária, secundária, latente e terciária”. A sífilis pode ser transmitida por relação sexual sem camisinha com pessoa infectada, ou ser transmitida para criança durante a gestação ou parto.

O indicador “Número de Casos de Sífilis Congênita” expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis tem diagnóstico simples, e tratamento eficaz.

Quanto ao diagnóstico, o teste rápido (TR) de sífilis está disponível nos serviços de saúde do SUS, sendo prático e de fácil execução, com leitura do resultado em no máximo 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial.

Em casos de TR positivos (reagentes), uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste laboratorial para confirmação do diagnóstico.

Em caso de gestante, devido ao risco de transmissão ao feto, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste positivo (reagente), sem precisar aguardar o resultado do segundo teste.

O tratamento da sífilis é realizado com penicilina benzatina, deve ser iniciado o mais rápido possível quando detectado em gestante.

Esse é único medicamento capaz de prevenir a transmissão vertical (passagem da sífilis da mãe para o bebê). A parceria sexual deverá ser testada e tratada para evitar a reinfecção da gestante.

São critérios de tratamento adequado das gestantes:

- Administração de penicilina benzatina.
- Início do tratamento até 30 dias antes do parto.
- Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da sífilis.
- Respeitar o intervalo recomendado das doses (a cada 7 dias de acordo com o esquema terapêutico).

- Importante que toda gestante diagnosticada com sífilis, após o tratamento realizar o seguimento mensal com teste não treponêmico o para controle terapêutico.

O indicador “Número de Casos de Sífilis Congênita” é medido com:

- Casos de sífilis congênita diagnosticados no RN
- Casos de sífilis na gestação não tratados
- Casos de sífilis na gestação tratados, em que o parceiro não foi tratado.

Na Região de Saúde Metropolitana, o número de casos de sífilis congênita aumentou aproximadamente 40% no ano de 2023, em relação ao ano 2014, indicando assim a necessidade de se intensificar as ações no pré-natal, bem como de se lançar estratégias possíveis para identificação de mulheres com a doença, sífilis.

Observa-se no Quadro 3 a seguir, que os municípios que compõem a Grande Vitória são os que mais apresentam casos de diagnóstico positivo de sífilis congênita em crianças menores de um ano de vida.

**Quadro 3 – Casos de Sífilis e Taxa de Incidência por município da Região de Saúde Metropolitana, 2023.**

Municípios da Região de Saúde Metropolitana	Casos de Sífilis	Taxa de Incidência de Sífilis
Afonso Cláudio	6	15,9
Aracruz	11	7,9
Brejetuba	1	5,3
Cariacica	112	23,8
Conceição do Castelo	0	0
Domingos Martins	3	7,6
Fundão	2	10,1
Guarapari	26	15,9
Ibatiba	2	6
Ibiraçu	0	0
Itaguaçu	3	23,8

Joao Neiva	3	16,6
Laranja da Terra	0	0
Marechal Floriano	2	9
Santa Leopoldina	2	18,9
Santa Maria de Jetibá	2	3,2
Santa Teresa	0	0
Serra	201	28,9
Venda Nova do Imigrante	3	8
Viana	54	56,3
Vila Velha	81	14,6
Vitória	37	10,2

Fonte: SESA/GEPORAS – Área Técnica Saúde da Mulher e da Criança.

## 2.2 Coeficiente e causas de Mortalidade Materna na Região de Saúde Metropolitana.

A razão de mortalidade materna (RMM) um dos mais importantes indicadores globais de saúde é o número de mortes de pessoas por causas ligadas à gestação, parto e puerpério (até 42 dias após parto) por 100 mil nascidos vivos.

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas relacionados à Saúde (CID – 10) (OMS, 1993), a morte materna é definida como:

(...) a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas ocidentais ou incidentais.

O estudo da morte materna permite avaliar se as ações do governo para promover a saúde da mulher estão sendo bem-sucedidas. O indicador utilizado é a Razão de Mortalidade Materna (RMM), que mede o risco de uma mulher morrer no ciclo gravídico puerperal, e na qual são utilizados o nº de óbitos maternos em relação do nº da nascidos vivos.

A relação entre nº de óbitos maternos e o número de nascidos vivos permite realizar comparações entre localidades com diferentes contingentes populacionais e entre diferentes períodos. Há limitações para o cálculo da RMM, uma vez que parte dos óbitos maternos não é identificada, devido à falta ou registro inadequado do óbito, sendo a causa mascarada por outras causas da morte.

As causas de óbitos maternos, classificadas pelo CID -10, são divididos em três grupos, como segue:

- **Obstétricas diretas** - são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Sua ocorrência é altamente dependente da qualidade da assistência ao planejamento familiar ou ao pré-natal e parto. Ex.: aborto, hemorragias, hipertensão específica da gravidez e infecção puerperal.
- **Obstétricas indiretas** - são causadas por doenças que estavam presentes antes da gravidez ou que surgiram durante a gravidez, não provocadas por causas obstétricas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Ex.: tuberculose, HIV, doença cardíaca, malária, pneumonia.
- **Não especificada** - A razão de mortalidade materna é calculada utilizando como fonte as informações do SIM e SINASC e a taxa aceitável é de 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No ano de 2016, o Brasil registrou uma razão de 64,4 por 100.000 nascidos vivos, demonstrando uma pequena alta em relação aos 05 anos anteriores.

**Tabela 4 – Série Histórica da Incidência de Mortalidade Materna, por 100 mil nascidos vivos, Região de Saúde Metropolitana, ES – 2018 a 2021.**

Região de Saúde de Residência	2018	2019	2020	2021
Metropolitana	77,31	57,71	72,98	115,87
Norte	32,24	33,38	32,77	17,07
Central	11,01	67,43	78,64	91,94
Sul	43,93	22,58	92,76	70,29
<b>Total</b>	<b>56,41</b>	<b>50,97</b>	<b>72,53</b>	<b>93,45</b>

Fonte: SIM/SINASC

A razão de mortalidade materna é considerada elevada em todas as Regiões de Saúde do Estado, segundo critérios da OMS, sem tendência de estabilização ou declínio no período demonstrado. Nos anos de 2016 e 2017, a Região Metropolitana apresentou a menor razão do Estado, ficando abaixo do recomendado, porém no ano de 2018 houve um aumento para 74,22.

A Tabela 5 apresenta o número de óbitos Maternos registros no período de 2018 a 2021 para a Região de Saúde Metropolitana, como segue:

**Tabela 5 – Número de óbitos Maternos, por local de Residência, Região de Saúde Metropolitana, ES – 2018-2021.**

MUNICÍPIOS	2018	2019	2020	2021
Afonso Claudio	0	1	2	3
Aracruz	1	0	0	2
Brejetuba	0	0	0	0
Cariacica	4	3	3	5
Conceição de Castelo	0	1	0	0
Domingos Martins	0	1	0	0
Fundão	0	0	1	0
Guarapari	1	2	0	1
Ibatiba	0	0	0	1
Ibiraçu	0	0	0	0
Itaguaçu	0	0	0	0
Itarana	0	0	0	0
João Neiva	0	0	0	0
Laranja da Terra	0	0	0	0
Marechal Floriano	0	0	0	1
Santa Leopoldina	0	0	0	0
Santa Maria de Jetibá	1	0	0	0
Santa Teresa	1	0	0	0
Serra	6	5	6	7
Venda Nova do Imigrante	0	1	1	0
Viana	2	0	0	1
Vila Velha	8	2	6	5
Vitória	1	2	1	4
Região Metropolitana	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>30</b>
Espírito Santo	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>39</b>	<b>49</b>

Podemos perceber que nesses quatro anos, metade dos municípios da Região Metropolitana não registraram nenhum óbito materno. No entanto, esses dados não significam falta de demanda de investimentos nessa área e sim, vem fortalecer a justificativa de continuidade de investimentos para a permanência desse indicador no patamar desejável.

### **Percentual de Óbitos Infantis e Fetais Investigados**

A vigilância da mortalidade infantil e fetal é uma das prioridades do Ministério da Saúde. A investigação dessas mortes é uma importante estratégia de redução mortalidade infantil e fetal, que dá visibilidade às elevadas taxas de mortalidades no País. Contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde (Brasil,2009).

A Tabela 6 demonstra a proporção de óbitos infantis investigados, por município de Residência na Região de Saúde Metropolitana, para o período 2019 a 2022.

A mortalidade perinatal – óbito fetais e neonatais precoces com peso ao nascer a partir de 500 g e/ou 22 semanas de idade gestacional – tem sido recomendado como o indicador mais apropriado para análise da assistência obstétrica e o neonatal e de utilização dos serviços de saúde, propiciando a identificação das ações de prevenção para redução da morte fetal e neonatal precoce evitável (Brasil, 2009).

A portaria GM nº 1172 de 15 de junho de 2004 preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”, devendo as secretarias de saúde designarem uma equipe de vigilância epidemiológica de óbito de referência do município (Brasil,2004b).

**Tabela 6 – Proporção de óbitos infantis investigados, por município de Residência, Região de Saúde Metropolitana, 2019 – 2022.**

MUNICÍPIOS	2019		2020		2021		2022	
	Óbitos Totais	Percentual Investigado	Óbitos Totais	Percentual Investigado	Óbitos Totais	Percentual Investigado	Óbitos Totais	Percentual Investigado
Afonso Claudio	2	100%	5	100%	4	100%	9	100%
Aracruz	9	78%	13	100%	17	94%	17	100%
Brejetuba	1	100%	4	100%	3	100%	4	25%
Cariacica	67	100%	54	100%	62	100%	49	98%
Conceição de Castelo	2	100%	1	100%	2	100%	1	100%
Domingos Martins	4	100%	4	100%	1	100%	2	100%
Fundão	2	100%	2	100%	2	100%	3	100%
Guarapari	18	100%	12	100%	15	100%	23	100%
Ibatiba	5	100%	4	100%	6	100%	5	100%
Ibiraçu	1	100%	1	100%	3	100%	3	100%
Itaguaçu	3	100%	3	100%	0	0%	2	50%
Itarana	2	100%	2	100%	1	100%	3	100%
João Neiva	0	0%	1	100%	2	100%	0	0%
Laranja da Terra	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
Marechal Floriano	2	100%	4	100%	5	100%	1	100%
Santa Leopoldina	1	100%	3	100%	1	100%	0	0%
Santa Maria de Jetibá	6	50%	7	100%	11	100%	2	100%
Santa Teresa	3	100%	5	100%	4	100%	1	100%
Serra	60	100%	76	100%	63	100%	85	100%
Venda Nova do Imigrante	1	100%	4	100%	4	100%	3	100%
Viana	14	100%	18	100%	12	100%	12	100%
Vila Velha	66	98%	56	98%	54	100%	58	100%
Vitória	33	100%	28	100%	33	100%	32	100%
<b>REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA</b>	<b>302</b>	<b>98%</b>	<b>307</b>	<b>100%</b>	<b>305</b>	<b>100%</b>	<b>316</b>	<b>98%</b>

Fonte: SIMWE.

#### 2.4 Percentual de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) por causas presumíveis de óbitos maternos investigados

No Brasil, a subinformação é um dos fatores que dificulta o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna. A subinformação resultado do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao

parto ou ao puerpério. Isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde (Brasil, 2007b). Por isso, em 2008, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a investigação dos óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) (Brasil, 2008).

A investigação de óbitos maternos é regulamentada pela Portaria MS Nº 1.119/2008 e a investigação dos óbitos infantis e fetais pela Portaria MS Nº 72/2010. A vigilância desses é atribuição da Vigilância Epidemiológica dos municípios.

## **INDICADORES DE ATENÇÃO**

### **2.5 Número de nascidos vivos e porcentagem de gestantes com mais de 7 consultas de acompanhamento Pré-natal**

O indicador reflete principalmente as condições de acesso ao pré-natal. O Ministério da Saúde preconiza que um mínimo de 65% dos nascidos vivos seja de mães com 7 consultas ou mais de pré-natal.

No ano de 2022, a média percentual do Estado foi de 69,6% e a da Região de Saúde Metropolitana atingiu 67,9%. Destacamos que cinco municípios da Região de Saúde Metropolitana não atingiram percentuais acima da média regional/estadual, a saber: Cariacica, Fundão, Guarapari, Santa Leopoldina e Serra. Se destaca Venda Nova do Imigrante com o melhor percentual da Região Metropolitana, de 85,4.

### **2.6 Cobertura de equipes de saúde da família na região de saúde metropolitana no ano 2018**

A cobertura de Saúde da Família é um indicador importante para a avaliação da oferta e do acesso da população ao serviço de saúde, tendo em vista que a saúde da família cadastra e acompanha as famílias do seu território e avalia o risco da população sob sua abrangência (Brasil, 2011b).

Esse indicador é avaliado pelo percentual de pessoas cadastradas pela Estratégia Saúde da Família em determinado local e período, baseado no cadastro da população da área de abrangência das equipes de saúde da família no SIAB (BRASIL, 2011b).

A seguir, a Tabela 7 demonstra a cobertura populacional de Estratégia Saúde da Família para os municípios da Região de Saúde Metropolitana.

**Tabela 7 – Cobertura de Programa da Estratégia Saúde da Família – Região de Saúde Metropolitana, 2022.**

MUNICÍPIO RESIDENCIA	POPULAÇÃO	% COBERTURA ESF
Afonso Cláudio	30.720	100%
Brejetuba	12,381	83,60%
Cariacica	378.603	6,38%
Conceição do Castelo	12.638	81,90%
Domingos Martins	35.416 <sup>(1)</sup>	92,85% <sup>(1)</sup>
Fundão	21.061	16,38%
Guarapari	122.982	50,50%
Ibatiba	25.732	80,44%
Itaguaçu	14,109	100% <sup>(1)</sup>
Itarana	10.619	100%
Laranja da Terra	10.961	62,95%
Marechal Floriano	16.464	100%
Santa Leopoldina	12,300	56,10%
Santa Maria de Jetibá	39.849	100%
Santa Teresa	23.392	100%
Serra	507.598	29.23%
Venda Nova do Imigrante	24.800	83,47%
Viana	76.954	89,66%
Vila Velha	486.208	25,54%
Vitória	358.267	65,48%

Fonte: SESA, 2022.

(1) Informações atualizadas pelos municípios, em agosto/2024.

## TIPO DE PARTO

### 2.7 Porcentagem de partos cesáreos e partos normais

A Taxa de Cesárea é um indicativo da qualidade da atenção ao parto, uma vez que o aumento dele pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. O indicador mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares do Sistema Único de Saúde, a partir das informações disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



a segurança de ambos. A OMS preconiza taxas populacionais de cesariana entre 7% e 10%, e não superiores a 15% (WHO, 1985).

No Brasil, a atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva de cesariana (Brasil, 2000).

Na Região Metropolitana, nos últimos anos, a taxa populacional de cesariana, em 100% dos municípios da região, está muito acima do que o Ministério da Saúde preconiza, que é de 7% a 10%, demandando um maior controle no acompanhamento pré-natal e nas intervenções cirúrgicas inadequadas.

## **2.8 Percentual de gestantes captadas até a 12<sup>a</sup> semana de gestação e percentual de gestantes com todos os exames preconizados.**

A captação precoce de gestantes era medida com os cadastros inseridos no sistema SISPRENATAL, porém ele foi desativado em novembro de 2018 em todos os municípios, migrando para o sistema e-SUS AB.

O Ministério da Saúde estabeleceu a Estratégia e-SUS AB com o intuito de reduzir o retrabalho por parte dos profissionais de saúde definindo um modelo integrado de registro de informações, possibilitando uma única entrada de dados para os serviços de Atenção Básica, ou seja, buscando evitar que o profissional de saúde tenha que usar vários sistemas ao mesmo tempo. Além disso, a Estratégia e-SUS AB se propõe a fornecer informações contidas na base nacional do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) aos diversos sistemas de informação, a fim de qualificar o processo de gestão da informação e fomentar ações de monitoramento, avaliação e tomada de decisão em relação a políticas públicas de saúde em todos os níveis de atenção e governança.

Porém alguns municípios ainda encontraram dificuldades no sistema, principalmente onde não há alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família, devido à ausência de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, que são os profissionais que inserem a gestante no relatório.

## **2.9 Acompanhamento de puericultura: consultas preconizadas até os 24 meses.**

A consulta médica e de enfermagem tem papel fundamental na identificação dos riscos e na promoção e prevenção da saúde da criança, principalmente nos primeiros anos de vida, período de maior vulnerabilidade e de morbimortalidade infantil (BRASIL, 2004b).

O acompanhamento de puericultura preconizado pela OMS é de sete consultas para crianças menores de um ano e três consultas em crianças de um até dois anos de idade, totalizando 10 consultas em menores de dois anos.

## **2.10 Crianças com as vacinas de rotina das crianças, de acordo com a agenda programada**

A vacinação é uma forma de produzir proteção imunológica contra doenças infectocontagiosas, através da administração da vacina, que irá induzir uma imunidade ativa (BRASIL, 2003). A cobertura vacinal é mensurada como o percentual de vacinados na população alvo para cada vacina e é o dado concreto para demonstrar a efetividade e a eficiência do Programa Nacional de Imunização (PNI).

As vacinas do calendário básico são: BCG, Hepatite B, tetravalente (DTP e Hib.), vacina oral contra a poliomielite (VOP), VORH (vacina oral contra rotavírus humano), antipneumocócica 10 valente conjugada, Antimeningocócica C conjugada, SRC (Tríplice viral, MMR). No ano de 2012 a vacina combinada tetravalente (DTP/Hib) foi substituída pela combinação Pentavalente (DTP/Hib./HB), ainda em 2012 o esquema vacinal passou a utilizar a vacina inativa poliomielite para a 1ª dose (2 meses) e 2ª dose (4 meses) e a vacina oral poliomielite para a 3ª dose (6 meses) com reforço aos 15 meses.

O Programa Nacional de Imunizações é responsável por reunir as informações de vacinação de todo o país. Para isso, são utilizados sistemas informatizados que facilitam o acompanhamento por todos os gestores.

O PNI, desde 1994, utilizou sistemas de informação com dados agregados, ou seja, os municípios realizavam suas ações de imunização, consolidavam as informações de doses aplicadas e enviavam esse quantitativo total ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Informação de Avaliação do Programa de Imunização (API) e, mais recentemente, por meio do Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações versão WEB (APIWEB).

No entanto, esses dados, apesar de serem adequados para avaliação de cobertura vacinal, doses aplicadas e taxa de abandono, não permitem avaliar algumas informações sobre as pessoas vacinadas, como local de residência (já que os dados enviados se referem às pessoas vacinadas em cada município e podem ser vacinadas pessoas de outros municípios), as adequações de esquema vacinal, dentre outras.

Para resolver esses problemas, foi desenvolvido pelo DATASUS - RJ um sistema de informação nominal do Programa Nacional de Imunizações, o SIPNI. Com entrada de dados individual e por procedência, esse sistema permite o acompanhamento do vacinado em vários lugares do Brasil, bem como a localização da pessoa a ser vacinada, através dos seus dados cadastrais.

### SEÇÃO 3 – PRIORIDADES SANITÁRIAS

O Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) da Região de Saúde Metropolitana concluiu a Fase 03 a partir dos macroproblemas identificados em Oficina presencial ocorrida em 17/03/2023, onde utilizou-se como instrumento de apoio a Matriz GUT, disponibilizada pela Articuladora do projeto (HAOC), sendo eles:

#### **Infográfico 1 – Definição de Prioridades Sanitárias para a Região de Saúde Metropolitana**

PROJETO: FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, INTEGRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - REGIONALIZAÇÃO \_ ESTADO ESPÍRITO SANTO

MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS - MATRIZ GUT \_ MRS METROPOLITANA

OFICINA 17/03/2023

Problemas	Gravidade (G)	Urgência (U)	Tendência (T)	Total de pontos
	critério que avalia o impacto ou intensidade que o problema pode gerar se não for solucionado. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sem gravidade</li> <li>2. Pouco grave</li> <li>3. Grave</li> <li>4. Muito grave</li> <li>5. Extremamente grave</li> </ol>	Simbolizada pela letra "U", a urgência está relacionada ao tempo. Quanto mais rápido determinada situação precisa ser resolvida, mais urgente ela é. Portanto, esse é um fator que leva em conta o prazo e a "pressão" para solucionar um problema <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pode esperar</li> <li>2. Pouco urgente</li> <li>3. Urgente, merece atenção no curto prazo</li> <li>4. Muito urgente</li> <li>5. Necessidade de ação imediata</li> </ol>	Representada pela letra "T", a tendência diz respeito ao padrão de evolução da situação. Em outras palavras, ela indica se o problema tende a piorar rapidamente ou se deve permanecer estável caso não seja solucionado. Diante disso, um assunto com alta pontuação de tendência é aquele que deve se tornar maior de uma hora para outra. A pergunta que pode ser feita é: "se não resolvermos isso hoje, esse problema vai piorar aos poucos ou rapidamente?". <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não mudará</li> <li>2. Vai piorar em longo prazo</li> <li>3. Vai piorar em médio prazo</li> <li>4. Vai piorar em curto prazo</li> <li>5. Vai piorar rapidamente</li> </ol>	
Fragilidade na governança da RAS	4	5	4	13
Insuficiência da RAPS	5	5	5	15
Fragilidade na operacionalização do modelo de atenção institucionalizado RAVS	5	5	5	15
Baixa cobertura assistencial da RASB	5	5	5	15
Alta taxa de mortalidade materna	5	5	5	15

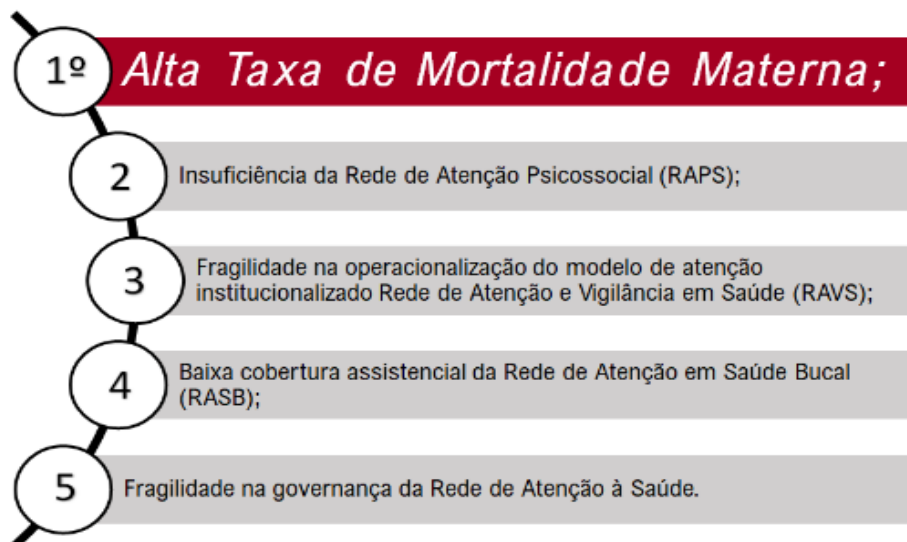
Nesse momento da oficina, não sendo possível elencar os problemas prioritários, o GTM fez a opção de fazer um encontro posteriormente a oficina, ocorrido no dia 22/03/2023, para utilização de um segundo instrumento, matriz CENDES/OPAS, igualmente ofertado pelo apoio metodológico do HAOC, onde elegeu-se como problema prioritário, a alta taxa de mortalidade materna, como segue:

## Infográfico 2 – Resultado das prioridades sanitárias definidas.

PROJETO: FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, INTEGRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – REGIONALIZAÇÃO – ESTADO ESPÍRITO SANTO					
MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS - CENDES/OPS - MRS METROPOLITANA					GTM – 22/03/2023
Problemas	Magnitude	Valorização Social	Tecnologia Disponível	Custo Estimado	Total de pontos
		<p>refere ao "tamanho" do problema e pode ser dimensionada em função do volume da população atingida.</p> <p>Geralmente, a magnitude de um problema é <i>definida em função dos indicadores epidemiológicos</i>, ou seja, a morbimortalidade atribuída ao problema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (0) – baixa</li> <li>• (1) – significativa;</li> <li>• (2) – alta;</li> <li>• (3) – muito alta</li> </ul>	<p>diz respeito ao impacto do problema na percepção dos diversos grupos da população.</p> <p>Assim, um problema pode ter baixa magnitude, por exemplo, a prevalência de AIDS no município, e ser altamente valorizado pela população, pelo significado social do problema. Por outro lado, um problema pode ter alta magnitude, por exemplo, a mortalidade infantil ou materna, que atinge uma proporção significativa de menores de um ano (MI) e de mulheres (MM), e não ser valorizado socialmente, em virtude de os óbitos atingirem grupos de população marginalizados, excluídos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (0) – baixa</li> <li>• (1) – significativa;</li> <li>• (2) – alta;</li> <li>• (3) – muito alta</li> </ul>	<p>diz respeito à capacidade operacional do Sistema de Saúde.</p> <p>Ainda que um problema qualquer seja de alta magnitude e valorizado socialmente, se o Sistema de Saúde não dispuser de condições organizativas e tecnológicas para enfrentá-lo, não será conveniente considerá-lo prioridade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (0) – baixa</li> <li>• (1) – significativa;</li> <li>• (2) – alta;</li> <li>• (3) – muito alta</li> </ul>	<p>O custo estimado da intervenção sobre o problema é um importante critério de priorização de problemas, uma vez que, quanto mais barata for a intervenção, mais facilmente um problema pode ser considerado prioridade, sendo que, quanto mais cara a intervenção, mais difícil é garantir o enfrentamento e superação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (3) – baixo</li> <li>• (2) – significativo;</li> <li>• (0) – alto/muito alto</li> </ul>
Fragilidade na governança da RAS	2	0	1	2	5
Insuficiência da RAPS	3	3	1	0	7
Fragilidade na operacionalização do modelo de atenção institucionalizado RAVS	3	0	2	2	7
Baixa cobertura assistencial da RASB	3	3	1	0	7
Alta taxa de mortalidade materna	3	1	3	3	10

A partir daí, iniciou-se o diálogo de pactuação com a Comissão Intergestores Regional (CIR), onde o processo e resultado da Fase 03 foram apresentados, inicialmente, a Câmara Técnica da CIR, dia 05/04/2023 e posterior a própria CIR, em 12/04/2023, sendo pactuadas os macroproblemas tendo como prioridade a Alta Taxa de Mortalidade Materna, de acordo com a Resolução CIR n.º 11, de 12 de abril de 2023 e homologação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), através da Resolução CIB n.º 60, de 15 de maio de 2023, sendo eles e ordem de prioridade:

### Infográfico 3 – Ordem das Prioridades Sanitárias definida



## SEÇÃO 4 – ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

### 4.1 Organização da Atenção Primária à Saúde: UBS, Equipes de ESF e Cobertura APS

O Quadro 4 apresenta a organização da Atenção Primária em Saúde da Região Metropolitana, a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), das Equipes ESF e da Cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), como segue.

**Quadro 4 – Número total de Unidades Básicas de Saúde (UBS), n.º de Equipes ESF e Cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), 2023.**

REGIÃO DE SAÚDE/ ESTADO ES	N.º UBS	N.º EQUIPES ESF	COBERTURA APS
REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA	333	486	68,75%
ESPÍRITO SANTO	822	983	78,56%

Fonte: SESA/GEPORAS/Área Técnica Saúde da Mulher e da Criança, apresentação em Oficina do GTM – Metropolitana da FASE 04, 30/08/2023.

E-Gestor AB/ Relatório de Cobertura - Competência: maio, 2023.

## SITUAÇÃO DA CAPACIDADE HOSPITALAR INSTALADA PARA A REDE

### 4.2 Distribuição dos leitos obstétricos nos pontos de atenção da rede

A capacidade instalada é o número de leitos dos hospitais cadastrados no Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b). Os leitos obstétricos são organizados de acordo com o tipo de assistência que será prestada à gestante, divididos em leito de risco habitual e leito de alto risco.

A Tabela 8 apresenta a distribuição desses leitos na Região de Saúde Metropolitana.

**Tabela 8 – Número de leitos obstétricos SUS, Risco Habitual, por município e Região de Saúde Metropolitana, ES – 2022.**

MUNICÍPIOS	HOSPITAL	Total de Leitos existentes	Total de Leitos SUS
Aracruz	Maternidade São Camilo de Aracruz	33	32
Cariacica	Hospital e Maternidade de Cariacica	41	41
Serra	Hospital Municipal Materno Infantil	44	44
Vila Velha	Hospital Municipal de Cobilândia	15	15
	HIMABA	37	37
Afonso Cláudio	H.S. Vicente Paulo*	10	7
Vitória	Promatre Vitória	60	47
Venda Nova Imigrante	H. Padre Máximo	12	12
Guarapari	H. Infantil Francisco de Assis	27	27
Santa Teresa	H. Madre Regina Protman	9	8
<b>TOTAL – REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA</b>		<b>288</b>	<b>270</b>

Fonte: CNES, 2022.

\*Hospitais que realizam partos, porém não compõe a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (RAMI).

Considerando as Diretrizes Clínicas da Rede Materno Infantil – SESA (2018), as Maternidades de Risco Habitual definidas como referência para os municípios da Região de Saúde Metropolitana, são, conforme demonstra a Tabela 9.

**Tabela 9 – Maternidades de Risco Habitual, referências para os municípios, Região de Saúde Metropolitana.**

<b>MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL REFERENCIADAS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
<b>Maternidade Municipal de Cariacica</b>	Cariacica
	Viana
	Santa Leopoldina
<b>Hospital Municipal Materno Infantil da Serra (HMMIS)</b>	Serra
<b>Hospital Municipal de Cobilândia Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves</b>	Vila Velha
<b>Associação Beneficente Pro - Matre Vitória</b>	Vitória Domingos Martins Marechal Floriano
<b>Hospital Padre Máximo</b>	Venda Nova do Imigrante
	Afonso Cláudio
	Brejetuba
	Ibatiba
	Conceição do Castelo
	Laranja da Terra
<b>Hospital Infantil Francisco de Assis</b>	Guarapari
<b>Hospital Madre Regina Prottman</b>	Santa Teresa
	Fundão
	Itarana
	Itaguaçu
	Santa Maria de Jetibá
<b>Hospital São Camilo</b>	Aracruz
	João Neiva
	Ibiraçu

Fonte: SESA/GEOPRAS/Área Técnica da Saúde da Mulher e da Criança

Para fins de qualificação da análise, para capacidade instalada para o componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, a Tabela 10 apresenta a distribuição de nascimentos por local de ocorrência e local residência.

**Tabela 10 – Distribuição de Nascimento por Local de Ocorrência e Local de Residência, Região de Saúde Metropolitana, ano 2021.**

		Município de Residência Região Metropolitana						
Afonso	H.S. Vicente	Vila Velha		Domingos Martins	Cariacica	Aracruz	Município	
		HIMABA	Hospital Municipal					
323	1	0	0	0	1	0	Afonso Claudio	
0	2	0	0	0	0	1.151	Aracruz	
5	1	0	0	2	1	0	Brejetuba	
0	243	160	0	6	2.565	0	Cariacica	
0	0	0	0	0	1	0	Conceição do Castelo	
4	14	0	0	232	29	0	Domingos Martins	
0	1	0	0	0	4	25	Fundão	
0	15	1	12	0	2	0	Guarapari	
0	1	0	0	0	0	0	Ibatiba	
0	0	0	0	0	1	115	Ibiraçu	
0	0	0	0	0	0	0	Itaguaçu	
0	0	0	0	0	0	0	Itarana	
0	0	0	0	0	0	33	João Neiva	
9	0	0	0	0	0	0	Laranja da Terra	
0	7	1	154	0	19	0	Marechal Floriano	
0	1	0	3	0	24	0	Santa Leopoldina	
7	2	0	1	0	3	1	Santa Maria de Jetibá	
0	0	0	0	0	0	0	Santa Teresa	
0	39	14	1	1	129	17	Serra	
0	0	0	0	0	1	0	Venda Nova do Imigrante	
0	54	10	23	0	468	0	Viana	
1	2.476	720	6	6	70	2	Vila Velha	
0	40	6	1	1	18	1	Vitória	
<b>349</b>	<b>2897</b>	<b>912</b>	<b>441</b>	<b>3336</b>	<b>1345</b>	<b>TOTAL</b>		

Serra	TOTAL	Santa Teresa		Serra		Guarapari		Venda Nova		Vitória	
		H. Madre Regina	Maternidade Coronel Leoncio	Maternidade Coronel Leoncio	H. Infantil Franscisco	H. Padre	Promatre				
Hospital Estadual Dr. Jayme											
33	362	0	0	0	1	35	1	0	1		
76	1155	1	1	1	0	0	0	0	0		
25	125	0	0	0	0	115	0	1	1		
377	3620	3	13	13	0	2	0	2	628		
11	118	0	1	1	0	116	0	116	0		
39	328	2	0	0	0	44	0	44	3		
27	206	156	13	13	0	0	0	0	7		
46	1401	1	1	1	1362	0	0	0	7		
28	83	0	0	0	0	80	0	80	2		
9	117	1	0	0	0	0	0	0	0		
7	74	73	0	0	0	0	0	0	1		
10	69	69	0	0	0	0	0	0	0		
8	84	51	0	0	0	0	0	0	0		
4	65	55	0	0	0	1	0	1	0		
16	187	0	1	1	0	0	0	0	5		
12	87	55	1	1	0	0	0	0	3		
48	105	87	0	0	0	3	0	3	1		
17	252	251	1	1	0	0	0	0	0		
1117	3968	18	2.405	2.405	2	1	2	1	1.342		
14	246	0	0	0	0	244	0	244	1		
73	685	1	0	0	1	0	1	0	128		
155	3513	2	8	8	2	0	2	0	226		
24	1393	1	11	11	0	1	0	1	1314		
<b>2176</b>	<b>18243</b>	<b>827</b>	<b>2456</b>	<b>2456</b>	<b>1368</b>	<b>642</b>	<b>1368</b>	<b>642</b>	<b>3670</b>		

**HOSPITAIS REFERÊNCIA ALTO RISCO**

TOTAL RISCO HABITUAL + ALTO RISCO	TOTAL	Vitória	
		Hospital Universitário Cassioiano	
395	33	0	
1231	76	0	
156	31	6	
4088	468	91	
129	11	0	
372	44	5	
233	27	0	
1449	48	2	
122	39	11	
127	10	1	
84	10	3	
81	12	2	
92	8	0	
70	5	1	
203	16	0	
102	15	3	
153	48	0	
269	17	0	
5085	1117	0	
260	14	0	
783	98	25	
3707	194	39	
2287	894	870	
21478	3235	1059	

Fonte: TABNET

OBS.: A estimativa de gestante de 2024 foi calculada pela seguinte fórmula: N° de nascidos vivos (2021) 31.073 + 5% x 70% (SUS dependentes).

### 4.3 identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco

A Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança prevê, pelo menos, uma maternidade para gestantes de alto risco por região. A maternidade que irá atender a gestante de alto risco deverá possuir equipe profissional completa e qualificada para prestar atendimento às situações específicas que coloquem em risco a vida da mãe e do bebê.

A seguir, a Tabela 11 apresenta o quantitativo de leitos obstétricos de Alto Risco e Maternidades de referência.

**Tabela 11 – Número de leitos obstétricos de Alto Risco, por município, Região de Saúde Metropolitana – ES, 2022.**

MUNICÍPIO	HOSPITAL	LEITOS OBSTÉTRICOS EXISTENTES	LEITOS OBSTÉTRICOS SUS
Serra	JAYME DOS SANTOS NEVES	50	50
Vitória	H.U.C.A.M	20	20
<b>TOTAL REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA</b>		<b>70</b>	<b>70</b>

Fonte: CNES

Na Região de Saúde Metropolitana, as maternidades de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco pactuadas em CIR, através da Resolução nº 082/13 de 09 de outubro de 2013, onde previa 50 leitos no Hospital Jaime dos Santos Neves para referência dos municípios de: Afonso Claudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana e Vila Velha e 20 leitos no HUCAM para o município de Vitória. De acordo com os parâmetros para os cálculos de conformação da Rede Cegonha, o número de leitos obstétricos para gestação de alto risco necessários é de 15% do total de leitos obstétricos necessários (Brasil, 2011c), o que totaliza 38 leitos para a Região Metropolitana.

#### 4.4 Identificação dos leitos de UTI neonatal existentes

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (Brasil, 2012).

De acordo com os parâmetros para os cálculos de conformação da Rede Cegonha, são necessários 02 leitos de UTI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser

pactuada a distribuição por município e por serviço (Brasil, 2011c), conforme segue demonstrado na Tabela 12.

**Tabela 12 – Número de leitos de UTI Neonatal e Unidade Intermediária Neonatal, por município, Região de Saúde Metropolitana – ES.**

Região Metropolitana (CNES)	UTIN		UCINco		UCINca	
	EXISTENTE	SUS	EXISTENTE	SUS	EXISTENTE	SUS
HOSPITAL						
4044916 Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes	10	10	10	10	5	5
0011800 Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	9	9	0	0	0	0
0011843 Pro Matre	9	7	0	0	0	0
2678179 Hospital Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernadino Alves	30	30	9	9	6	3
7257406 Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	20	20	20	20	10*	10*
7557523 Hospital Francisco de Assis (Guarapari)	10	8	0	0	0	0
TOTAL	88	84	39	39	21	18

Fonte: CNES 2024

\*Não funcionando

Considerando o número de nascidos na região em 2023, que foi de 30.462 (SINASC), com 70 leitos de UTI neonatal existente, que é suficiente para atender a região.

#### 4.5 identificação dos leitos de uti adulto existentes em hospitais que realizam parto

De acordo com os parâmetros para os cálculos de conformação da Rede Cegonha, são necessários um nº de leitos de UTI adulta igual a 6% dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço (Brasil, 2011c).

A Tabela 13 apresenta o quantitativo de Leitos UTI Adulto SUS, por hospitais da Região Metropolitana.

**Tabela 13 – Leitos SUS de UTI Adulto em hospitais, por município, Região de Saúde Metropolitana, 2022.**

MUNICÍPIOS	HOSPITAL	Leitos SUS UTI ADULTO
Vitória	H. Polícia Militar	08
	H. Estadual Urgencia e Emergência	40
	H.U.C.A.M	20
	H. São Lucas	10
	Sta.Casa Misericórdia Vitória	10
	Hospital Estadual	38
Cariacica	Meridional	06
Serra	H. Jaime do Santos Neves	64
	Hospital Doutor Dorio Silva	70
	Hospital Vitoria Apart	01
Vila Velha	H. Ant. Bezerra de Faria	15
	H. Evangélico do ES	24
Santa Teresa	H. Madre Regina Protman	09
<b>TOTAL REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA</b>		<b>315</b>

Fonte: CNES

Na Região de Saúde Metropolitana, o total de leitos de UTI Adulto é de 315 leitos identificados pelo grupo condutor da Rede Cegonha, após coleta de dados do CNES.

São as maternidades de referência (risco habitual e alto risco) para a Região de Saúde Metropolitana, conforme demonstra o Quadro 5.

**Quadro 5 – Maternidades de Referência (risco habitual e alto risco) para a Região de Saúde Metropolitana.**

<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>MATERNIDADE DE REFERÊNCIA</b>
Cariacica Viana Santa Leopoldina	<b>RISCO HABITUAL</b> Maternidade Municipal de Cariacica <b>ALTO RISCO</b> Hospital Jayme dos Santos Neves
Domingos Martins Marechal Floriano	<b>RISCO HABITUAL</b> Pró – Matre <b>ALTO RISCO</b> Hospital Jayme dos Santos Neves
Vitória	<b>RISCO HABITUAL</b> Pró – Matre <b>ALTO RISCO</b> HUCAM
Guarapari	<b>RISCO HABITUAL</b> Hospital Francisco Assis – HIFA Guarapari <b>ALTO RISCO</b> Hospital Jayme dos Santos Neves
Fundão Itaguaçu Itarana Laranja da Terra Santa Teresa Santa Maria de Jetibá	<b>RISCO HABITUAL</b> Hospital Madre Regina Protmann de Santa Teresa <b>ALTO RISCO</b> Hospital Jayme dos Santos Neves
Serra	<b>RISCO HABITUAL</b> Hospital Municipal Maternidade de Serra <b>ALTO RISCO</b> Hospital Jayme dos Santos Neves
Afonso Cláudio Brejetuba Conceição de Castelo Ibatiba Venda Nova do Imigrante	<b>RISCO HABITUAL</b> Hospital Padre Máximo <b>ALTO RISCO</b> Hospital Jayme dos Santos Neves
Vila Velha	<b>RISCO HABITUAL</b> Maternidade Municipal de Cobilândia/ Hospital Infantil e Maternidade Dr. Alzir B. Alves – HIMABA <b>ALTO RISCO</b> Hospital Jayme dos Santos Neves
Aracruz Ibiraçu João Neiva	<b>RISCO HABITUAL</b> Maternidade São Camilo de Aracruz <b>ALTO RISCO</b> Hospital Jayme dos Santos Neves

## SEÇÃO 5 – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)

### 5.1 DIRETRIZES E OBJETIVOS (ESTADUAL E REGIONAL):

PES – 2024 A 2027	<b>DIRETRIZ (ESTADUAL E REGIONAL) – Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes as e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva.</b>
	<p><b>OBJETIVO (ESTADUAL E REGIONAL) – Reorganizar e qualificar a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado.</b></p> <p><i>Esse objetivo guarda relação com:</i></p> <p>* PPA 2024-2027 – Programa: 0061 - SAÚDE CIDADÃ – Ações: 1051,2037, 2070, 2184, 2191, 2209, 2252, 2325, 2326, 4707. * Objetivo do Desenvolvimento Sustentável - ODS 3 – Saúde e Bem-estar – metas 3.1, 3.2, 3.7.</p> <p>* 10ª Conferência Estadual de Saúde – EIXO I – O Brasil que temos. O Brasil que queremos. - Proposta 26/EIXO III – Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia – propostas 75, 94, 139, 163, 167/ EIXO IV – Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas - propostas 213, 214, 223, 232,252,258.</p>

### 5.2 METAS (ESTADUAL E REGIONAL):

**META 1** – Aumentar para 85,8 a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.

**Quadro 6 – Indicador Relacionado a Meta 1 do PES 2024 a 2027 (Estadual e Regional)**

Linha de Base – 2022	Indicador (ESTADUAL E REGIONAL)	Unidade de Medida	Valores Anuais				Meta 2024 a 2027 (ESTADUAL E REGIONAL)	Unidade de Medida
			2024	2025	2026	2027		
74	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção	76,3	79,4	82,5	85,8	85,8	Proporção

**META 2** – Reduzir taxa de mortalidade infantil para 7 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos. a taxa de mortalidade infantil.

**Quadro 7 – Indicador Relacionado a Meta 2 do PES 2024 a 2027 (Estadual e Regional)**

Linha de Base – 2022	Indicador (ESTADUAL E REGIONAL)	Unidade de Medida	Valores Anuais				Meta 2024 a 2027 (ESTADUAL E REGIONAL)	Unidade de Medida
			2024	2025	2026	2027		
10,8	Taxa de Mortalidade Infantil	Taxa	10	9	8	7	7	Taxa

**META 3** – Reduzir em 58% o número de óbitos maternos

**Quadro 8 – Indicador Relacionado a Meta 3 do PES 2024 a 2027 (Estadual e Regional)**

Linha de Base – 2022	Indicador (PES)	Unidade de Medida	Valores Anuais				Meta 2024 a 2027 (PES)	Unidade de Medida
			2024	2025	2026	2027		
31	Número de óbitos maternos	Número	28	25	22	18	18	Número

**META 6** – Reduzir a incidência de sífilis congênita para 2,3 casos a cada 1.000 nascidos vivos.

**Quadro 9 – Indicador Relacionado a Meta 6 do PES 2024 a 2027 (Estadual e Regional)**

Linha de Base – 2022	Indicador (ESTADUAL E REGIONAL)	Unidade de Medida	Valores Anuais				Meta 2024 a 2027 (ESTADUAL E REGIONAL)	Unidade de Medida
			2024	2025	2026	2027		
13,2	Taxa de incidência de sífilis congênita	Taxa	8,5	5,5	3,6	2,3	2,3	Taxa

### 5.3 MONITORAMENTO REGIONAL

São os indicadores para monitoramento desse Plano Regional:

1. Incidência de Sífilis Congênita na Região de Saúde Metropolitana
2. Situação dos óbitos Infantis na Região de Saúde Metropolitana
3. Coeficiente e causas de Mortalidade Materna na Região de Saúde Metropolitana.
4. Percentual de Óbitos Infantis e Fetais Investigados

5. Percentual de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) por causas presumíveis de óbitos maternos investigados
6. Número de nascidos vivos e porcentagem de gestantes com mais de 7 consultas de acompanhamento pré-natal
7. Cobertura de equipes de saúde da família
8. Tipo de parto: Porcentagem de partos cesáreos e partos normais
9. Percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação e percentual de gestantes com todos os exames preconizados.
10. Acompanhamento de puericultura: consultas preconizadas até os 24 meses.
11. Crianças com as vacinas de rotina das crianças, de acordo com a agenda programada
12. Situação da capacidade hospitalar instalada para a rede
13. Distribuição dos leitos obstétricos nos pontos de atenção da rede
14. Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco
15. Identificação dos leitos de uti neonatal existentes
16. Identificação dos leitos de uti adulto existentes em hospitais que realizam parto
17. Situação da capacidade hospitalar instalada para a rede: distribuição dos leitos obstétricos nos pontos de atenção da rede

#### **5.4 INDICADORES MUNICIPAIS**

##### **A) Indicadores de Mortalidade e Morbidade**

1. Incidência de sífilis congênita
2. Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)
3. Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município
4. Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo Idade Gestacional

5. % de óbitos infantis-fetais investigados
6. % de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

#### **B) Indicadores de Atenção**

7. Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal
8. Cobertura de equipes de Saúde da Família
9. Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe
10. % de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação
11. % de crianças com consultas preconizadas até 24 meses
12. % de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada
13. % de gestantes com todos os exames preconizados

#### **C) Situação da Capacidade Hospitalar Instalada**

14. Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde
15. Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco
16. Identificação dos leitos UTI neonatal existentes
17. Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto

### **SEÇÃO 6 – PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

A estimativa de gestante de 2024 foi calculada pela seguinte fórmula: N° de nascidos vivos (2021) 31.073 + 5% x 70% (SUS dependentes), como segue:

**Tabela 14 – Informações para Cálculo dos Parâmetros**

Nº de nascidos vivos (2021) **31.073** + 5% X 70% (SUS dependente)

**INFORMAÇÕES BÁSICAS PARA CÁLCULO DOS PARÂMETROS**

(1) População Regional (IBGE, 2021)	<b>2.410.051</b>
(2) População Beneficiária de Plano de Saúde (ANS, 2021)	<b>723.015</b>
(3) População Coberta Exclusivamente pelo SUS [(1) - (2)]	<b>1.687.035</b>
4) Taxa de Cobertura SUS [(3) / (1) * 100%]	<b>70,00%</b>

**NASCIDOS VIVOS**

(5) Nº de nascidos vivos (SINASC, 2021)	<b>31.073</b>
(6) Nº de nascidos vivos no SUS [(5) * (4)]	<b>21.751</b>

**ESTIMATIVA GERAL DE GESTANTES**

(7) Estimativa geral de gestantes [(5) + 5%]	<b>32.627</b>
(8) Estimativa geral de gestantes - risco habitual [(7) * 0,83]	<b>27.080</b>
(9) Estimativa geral de gestantes - alto risco [(7) * 0,17]	<b>5.547</b>

**ESTIMATIVA DE GESTANTES SUS – 2022**

(10) Estimativa de gestantes SUS [(6) + 5%]	<b>22.839</b>
(11) Estimativa de gestantes SUS - risco habitual [(10) * 0,83]	<b>18.956</b>
(12) Estimativa de gestantes SUS - alto risco [(10) * 0,17]	<b>3.883</b>

Fonte: NEPSS/SESA/IBGE/SINASC

Os Quadros 10, 11, 12, 13, 14 e 15 demonstram demais estimativas para a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil

**Quadro 10 – Estimativas de Nascidos Vivos, Recém-Nascidos, Gestantes de Risco habitual e Alto Risco, Mulheres em Idade Fértil, Incidência de Toxoplasmose e Óbitos Maternos para a Região Metropolitana nos anos de 2022, 2023 e 2024.**

PERFIL POPULACIONAL	Parâmetros	2022	2023	2024
NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS (SINASC 2021) - RESIDENTES ES	Nascidos vivos <b>31.073</b>	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>
ESTIMATIVA DO NÚMERO TOTAL DE RECÉM-NASCIDOS	Número de nascidos vivos do ano anterior + proporção de nascidos não registrados (= SINASC × Fator de correção do subregistro 1,05 *)	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>	<b>37.769</b>
ESTIMATIVA <b>TOTAL</b> DE GESTANTES (Conforme a Portaria 1631/2015)	Nascidos vivos do ano anterior + 5%	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>
GESTANTES <b>SUS</b> DEPENDENTE (SEGUNDO ANS)	70% das gestantes	<b>22.839</b>	<b>23.981</b>	<b>25.180</b>
GESTANTES DE <b>RISCO HABITUAL</b> (Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011)	83 % das gestantes estimadas	<b>27.080</b>	<b>28.434</b>	<b>29.856</b>
GESTANTES DE <b>ALTO RISCO</b> (Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011)	17% das gestantes estimadas	<b>5.547</b>	<b>5.824</b>	<b>6.115</b>
POPULAÇÃO FEMININA EM IDADE FÉRTIL (10 a 49 ANOS)	0,33× (População total TCU projetada de acordo com taxa de crescimento população no último período publicado)  <b>2.410.051(2020)</b> <b>1,1 % aa.</b>	2.463.072 <b>812.814</b>	2.490.165 <b>821.754</b>	2.492.656 <b>822.576</b>
ESTIMATIVA DE GESTANTES COM INFECÇÃO PRÉVIA DE TOXOPLASMOSE	50% das gestantes	<b>16.313</b>	<b>17.129</b>	<b>17.985</b>
ESTIMATIVA DE GESTANTES SUCEPTÍVEIS À TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO	50% das gestantes	<b>16.313</b>	<b>17.129</b>	<b>17.985</b>
ESTIMATIVA DE ÓBITOS MATERNOS	0,06% total de gestantes	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>
ESTIMATIVA DE ÓBITOS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL	0,09% mulheres idade fértil	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>32</b>

Fonte: RAMI /NEPSS/Secretaria de Estado da Saúde

**Quadro 11 – Estimativa de Procedimentos com finalidade Diagnóstica para Gestação de Risco Habitual financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Metropolitana nos anos de 2022, 2023 e 2024.**

PROCEDIMENTOS	PARÂMETROS	2022	2023	2024
0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	03 testes/gestante	32.627 97.881	34.258 102.774	35.971 107.913
0202031179 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES	02 testes/gestante	65.254	68.516	71.942
0214010066 TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ	01 teste/gestante	32.627	34.258	35.971
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	1 exame/30% gestantes	9.788	10.277	10.791
0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECAAO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	03 testes/gestante	97.881	102.774	107.913
0202030300 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIHIV1 + HIV2 (ELISA)	02 exames/gestante	65.254	68.516	71.942
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	01 exame/gestante	32.627	34.258	35.971
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	01 exame/gestante	32.627	34.258	35.971
0202120090 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	01 exame/30% gestantes	9.788	10.277	10.791
0202020479 PROVA DE COMPATIBILIDADE PRETRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS)	01 exame/30% gestantes	9.788	10.277	10.791
0202050017 ANÁLISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	02 exames/gestante	65.254	68.516	71.942
0202080013 ANTIBIOGRAMA	01 exame/gestante	32.627	34.258	35.971
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	01 exame/gestante	32.627	34.258	35.971
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	02 exames/gestantes	65.254	68.516	71.942
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	01 exame/30% gestantes	9.788	10.277	10.791
TESTE RÁPIDO PARA PROTEINÚRIA URINÁRIA	01/ exame por gestante	32.627	34.258	35.971
HEMOGRAMA COMPLETO	02 exames/gestante	65.254	68.516	71.942
0202020371 HEMATOCRITO	02 exames/gestante	65.254	68.516	71.942
0202020304 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	02 exames/gestante	65.254	68.516	71.942
0202030180 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	01 exame/gestante	32.627	34.258	35.971
0202030741 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	01 exame/gestante	32.627	34.258	35.971
0202030857 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	01 exame/gestante	32.627	34.258	35.971
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	01 exame/gestante	32.627	34.258	35.971
0202030873 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	03 exames/gestante suscetível	97.881	102.774	107.913

0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	01 exame/gestante com infecção prévia	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>
0202030768 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	03 exames/gestante suscetível	<b>97.881</b>	<b>102.774</b>	<b>107.913</b>
0202030970 PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	02 exames/gestante	<b>65.254</b>	<b>68.516</b>	<b>71.942</b>
0214010104 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HBV	01 exame/gestante	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>
0214010090 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C	01 exame/gestante	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	01 exame/gestante	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>
0205020143 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	01 exame/gestante	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>
0201020033 COLETA DE MATERIAL PARA EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO	01 exame/gestante	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>
0203010019 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICOVAGINAL/MICROFLORA	01 exame/gestante	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	01 exame/gestante	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>
0202080145 EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO) - secreção vaginal	01 exame/gestante se indicação clínica	<b>32.627</b>	<b>34.258</b>	<b>35.971</b>

Fonte: RAMI/ NEPSS/Secretaria de Estado da Saúde

**Quadro 12 – Estimativa de Procedimentos clínicos no Pré-Natal de Risco Habitual para a Região Metropolitana nos anos de 2022, 2023 e 2024.**

PROCEDIMENTOS	PARÂMETROS	2022	2023	2024
0301040079 ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÃO (ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA)	01 escuta/gestante	32.627	34.258	35.971
0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	01 acolhimento/gestante	32.627	34.258	35.971
0301010110 CONSULTA PRENATAL	07 consultas/gestantes	228.389	239.806	251.797
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)	03 consultas/gestantes	97.881	102.774	107.913
0301010153 PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	01 consulta/gestante	32.627	34.258	35.971
0301010234 CONSULTA PRÉNATAL DO PARCEIRO	01 consulta/gestante	32.627	34.258	35.971
0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	01 atendimento/30% gestantes	9.788	10.277	10.791
0301010137 CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR	01 atendimento/30% gestante	9.788	10.277	10.791
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	01 atendimento/20% gestantes	6.525	6.852	7.194
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATÉ 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	01 atendimento/10% gestantes	3.263	3.426	3.597
0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA	01 administração/atendimento em urgência específica	32.627	34.258	35.971
0301050139 BUSCA ATIVA	01 busca/gestante	32.627	34.258	35.971
0301100039 AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	10 procedimentos/gestante	326.270	342.580	359.710
IMUNIZAÇÃO (dT/dTpaTETANO, Hepatite B, Influenza, Trílice viral)	Protocolo vacinal			

Fonte: RAMI/NEPSS/Secretaria de Estado da Saúde

**Quadro 13 – Estimativa de Procedimentos com finalidade Diagnóstica para Gestação de Alto Risco financiados pelo Ministério da Saúde para a Região Metropolitana nos anos de 2022, 2023 e 2024.**

PROCEDIMENTOS	PARÂMETROS	2022	2023	2024
0202010040 DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	1 teste/GAR	5.547	5.824	6.115
0202010759 TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	1 teste/GAR	5.547	5.824	6.115
0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	1 exame /30% GAR	1.664	1.747	1.835
0205020151 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	1 exame /30% GAR	1.664	1.747	1.834
0205020143 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	Mais 1 exame /GAR	5.547	5.824	6.115
0211040061 TOCOCARDIOGRAFIA ANTEPARTO	1 exame/30% GAR	1.664	1.747	1.834
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	1 exame/30% GAR	1.664	1.747	1.834
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	1 exame/GAR	5.547	5.824	6.115
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	1 exame/GAR	5.547	5.824	6.115
0202010120 DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	1 exame /GAR	5.547	5.824	6.115
0202010619 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	1 exame /GAR	5.547	5.824	6.115
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	1 exame /30% GAR	1.664	1.747	1.834
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICOPIRUVICA (TGP)	1 exame /30% GAR	1.664	1.747	1.834
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICOOXALACÉTICA (TGO)	1 exame /30% GAR	1.664	1.747	1.834
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	1 exame /30% GAR	1.664	1.747	1.834
0202090086 DOSAGEM DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNIOTICO	1 exame /30% GAR	1.664	1.747	1.834

Fonte: RAMI/NEPSS/Secretaria de Estado da Saúde

Nota: Estimativa de exames para 100% das gestantes

**Quadro 14 – Estimativa de Procedimentos clínicos no Pré-Natal de Alto Risco para a Região Metropolitana nos anos de 2022, 2023 e 2024.**

PROCEDIMENTOS	PARÂMETROS	2022	2023	2024
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) - Psicólogo	01 consulta/gestante	5.547	5.824	6.115
0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	05 consultas/gestantes	27.735	29.120	30.575

Fonte: NEPSS/Secretaria de Estado da Saúde

**Quadro 15 – Estimativa de Procedimentos clínicos no Puerpério para a Região Metropolitana nos anos de 2022, 2023 e 2024.**

PROCEDIMENTOS	PARÂMETROS	2022	2023	2024
0301010129 CONSULTA PUERPERAL	01 consulta/puerperal	32.627	34.258	35.971
0301010137 CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR	01 atendimento/puerperal	32.627	34.258	35.971
0301050104 VISITA DOMICILIAR PÓS ÓBITO	Estimativa óbito materno	20	21	22

Fonte: RAMI/ NEPSS/Secretaria de Estado da Saúde

## ATENÇÃO HOSPITALAR

### PROCEDIMENTOS CLÍNICOS (PARTOS)

0310010012 ASSISTÊNCIA AO PARTO SEM DISTOCIA	Número de partos normais
0310010039 PARTO NORMAL	1 parto/43,5% gestantes
0310010047 PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	1 parto/6,7% gestantes
0310010055 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)	1 procedimento
0303100010 TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	Produção média 4 anos
0303100028 TRATAMENTO DE ECLAMPSIA	Produção média 4 anos
0303100044 TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLÍNICAS NA GRAVIDEZ	Produção média 4 anos
0303100052 TRATAMENTO DE MOLA HIDATIFORME	Produção média 4 anos
0303100036 TRATAMENTO DE EDEMA, PROTEINURIA E TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS NA GRAVIDEZ PARTO E PUERPÉRIO	Produção média 3 anos

### PROCEDIMENTOS CLÍNICOS (PUERPÉRIO)

0303100010 TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	Produção média 4 anos
---	-----------------------

### PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (PARTO)

0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	01 parto/10,6% gestantes
0411010034 PARTO CESARIANO	01 parto/38,9% gestantes
0411010042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBÁRIA	01 parto/0,3% gestantes
0411010050 REDUÇÃO MANUAL DE INVERSÃO UTERINA AGUDA POSPARTO	Produção média 4 anos
0411010069 RESSUTURA DE EPISIORRAFIA POSPARTO	Produção média 4 anos
0411010077 SUTURA DE LACERAÇÕES DE TRAJETO PELVICO	Produção 2019
0411010085 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INVERSÃO UTERINA AGUDA POS PARTO	Produção média 4 anos
0411010018 DESCOLAMENTO MANUAL DE PLACENTA	Produção média 4 anos
0411020013 CURETAGEM POS ABORTAMENTO / PUERPERAL	Produção média 4 anos
0409060070 ESVAZIAMENTO DE ÚTERO POSABORTO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA (AMIU)	Produção 2019
0411020030 HISTERECTOMIA PUERPERAL	Produção média 4 anos
0411020048 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA	Produção média 4 anos

0417010028 ANALGESIA OBSTETRICA P/ PARTO NORMAL	Produção média 4 anos
0417010010 ANESTESIA OBSTETRICA P/ CESARIANA	Total de cesárea
0417010036 ANESTESIA OBSTETRICA P/CESARIANA EM GESTACAO DE ALTO RISCO	Total de cesárea/GAR

## 6. SISTEMA LOGÍSTICO

O Sistema Logístico é responsável por produzir soluções em saúde, com base nas tecnologias da informação e comunicação relacionando-as ao conceito de integração vertical, sendo composto pelo **Sistemas de Identificação e de Acompanhamento dos Usuários, pelas Centrais de Regulação dos Serviços Especializados Ambulatoriais e Hospitalares, pelo Sistema de Registro Eletrônico em Saúde, pelo Sistema de Transporte em Saúde, incluindo o Transporte Regulado de Urgência** para acompanhamento longitudinal nos serviços de atenção a gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças, nas situações de intercorrências clínicas, cirúrgicas, obstétricas e neonatais.

### 6.1 SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIO E SISTEMA DE REGISTRO ELETRÔNICO EM SAÚDE

Na região Metropolitana não existe a utilização de um Prontuário Eletrônico único, ou seja não há integração, pois em alguns municípios ocorre a utilização de sistema próprio de prontuários. No Espírito Santo atualmente 73,91% dos Municípios utilizam o PEC.

Assim, identificou-se a necessidade de aprofundamento do diagnóstico juntos aos municípios da Região de Saúde Metropolitana para qualificar a informação quanto ao **número de unidades básicas que contam com prontuário ou registro eletrônico que integram** ou possuem interoperabilidade com os prontuários eletrônicos da AAE e AH;

Esse item merece atenção e precisa ser melhor investigado.

## **6.2 CENTRAIS DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES**

Cabe ressaltar que o atendimento a gestante no Estado do Espírito Santo para a disponibilização do leito para atendimento ao parto e/ou intercorrência não é regulado através da central de vagas, é praticado e efetivado a disponibilização do leito através dos instrumentos Guia de referência e contrarreferência e Mapa de vinculação da gestante. Um fator que está em estudo entre coordenação estadual e a complexo regulador é a possibilidade de criação de uma Unidade de trabalho que irá regular a vinculação da gestante.

### **Identificação das centrais de regulação**

O Núcleo de Regulação e Acesso trabalha com a regulação de internações em nível ambulatorial, funcionando da seguinte forma:

1. Internação: regula, avalia e controla as internações no âmbito das transferências de vaga de pacientes internos que necessitam de atendimento especializado em hospitais da Rede SUS, para tal, existe uma equipe chamada Central de Regulação de Vagas que recebe a demanda e solicita vaga disponível, em UTI ou outros;
2. Ambulatorial: regula, avalia e controlam consultas, exames e cirurgias eletivas contratualizados pelo SUS, tal regulação é feita por uma equipe de médicos e técnicos que recebem as demandas existentes e ofertam, conforme quantitativo populacional e procedimentos disponíveis na contratualização. Os contratos para prestação de serviços são realizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo com base nas necessidades das regiões de saúde, nesse caso da Região de Saúde Metropolitana, composta por vinte e três (23) municípios do estado do Espírito Santo, tendo como apoio as Secretarias Municipais de Saúde a fim de garantir assistência plena à população capixaba.

Neste componente as ações são de responsabilidade da Atenção Básica de cada município, como, consulta de puericultura, consulta puerperal, vacinação, entre outras ações.

Todo o recurso relativo a este componente já consta na programação existente que vem na Produção da Atenção Básica (PAB) fixo e o Variável e na Programação Pactuada e Integrada - PPI.

### 6.3 TRANSPORTE EM SAÚDE

Já existe um Projeto de Transporte Sanitário no Estado que tem por objetivo organizar os serviços de transporte para os usuários do SUS, no qual está contemplado o transporte sanitário das gestantes, garantindo melhoria no acesso com maior conforto e resolutividade. Já se iniciaram as negociações entre Ministério da Saúde, Estado e Municípios para a organização dos serviços.

#### Transporte Eletivo

A seguir a Tabela 15 informa o número de veículos disponibilizados pelos municípios para o transporte eletivo de paciente na Região Metropolitana de Saúde e aqueles transportados, mensalmente, para os serviços de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), Tabela 16 e para os serviços de Atenção Hospitalar (AH), Tabela 17.

No entanto, o Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) da Região de Saúde Metropolitana entende e sugere revisão e aprimoramento das informações, considerando que na ocasião da coleta de dados, por não existir instrumento capaz de levantar as informações de forma qualificada, foi o possível a ser identificado.

Considerar o movimento de revisão do Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo, momento oportuno para discussão desse componente da rede de atenção à saúde.

**Tabela 15 – Número Absoluto de Veículos que realizam Transporte Eletivo de Pacientes no SUS, Região Metropolitana, 2022 .**

MUNICÍPIOS	QUANTIDADE
SERRA	23
MARECHAL FLORIANO	07
GUARAPARI	10
AFONSO CLAUDIO	18
FUNDÃO	11
SANTA LEOPOLDINA	20
VITÓRIA	23
VILA VELHA	33

CARIACICA	11
ITAGUAÇU	05 <sup>(1)</sup>
ITARANA	10 <sup>(1)</sup>
BREJETUBA	07 <sup>(1)</sup>
DOMINGOS MARTINS	08 <sup>(1)</sup>
IBATIBA	16 <sup>(1)</sup>
IBIRAÇU	06 <sup>(1)</sup>
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	11 <sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> Municípios que disponibilizaram as informações, no período de discussão e elaboração da Análise da Situação de Saúde (ASIS), no GTM da Região de Saúde Metropolitana.

(1) Municípios que atualizaram suas informações em 2024.

**Tabela 16 – Número de Pacientes Eletivos Transportados para Atenção Ambulatorial Especializada, mensalmente, Região de Saúde Metropolitana, 2022 .**

MUNICÍPIOS	QUANTIDADE
SERRA	Em média 400
MARECHAL FLORIANO	Em média 646
GUARAPARI	1.406 <sup>(1)</sup>
AFONSO CLAUDIO	Em média 1.892
FUNDÃO	Em média 756
SANTA LEOPOLDINA	Em média 812
VITÓRIA	Em média 3.450
VILA VELHA	Em média 3.101
CARIACICA	Em média 240
ITAGUAÇU	Em média 602 <sup>(1)</sup>
ITARANA	Em média 850 <sup>(1)</sup>
BREJETUBA	Em média 3.042 <sup>(1)</sup>
DOMINGO MARTINS	Em média 624 <sup>(1)</sup>
IBATIBA	Em média 2.090 <sup>(1)</sup>

IBIRAÇU	Em média 824 <sup>(1)</sup>
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	Em média 1.953 <sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> Municípios que disponibilizaram as informações, no período de discussão e elaboração da Análise da Situação de Saúde (ASIS), no GTM da Região de Saúde Metropolitana.

(1) Municípios que atualizaram suas informações em 2024.

**Tabela 17 – Número de Pacientes Transportados para Internação Hospitalar, mensalmente, para a Região de Saúde Metropolitana e Macrorregião de Saúde 2022 .**

MUNICÍPIOS	QUANTIDADE
SERRA	Em média 1100
MARECHAL FLORIANO	O sistema não distingue a finalidade da viagem
GUAPARI	Em média 70
AFONSO CLAUDIO	Em média 28
FUNDÃO	Aguardando dados
SANTA LEOPOLDINA	Sem produção
VITÓRIA	Em média 125
VILA VELHA	Em média 303
CARIACICA	Em média 97
ITAGUAÇU	Em média 15 <sup>(1) (2)</sup>
ITARANA	O sistema não distingue a finalidade da viagem <sup>(1)</sup>
BREJETUBA	Em média 29 <sup>(1)</sup>
DOMINGOS MARTINS	Sem produção, pois hospital filantrópico <sup>(1)</sup>
IBATIBA	Em média 860 <sup>(1)</sup>
IBIRAÇU	Em média 12 <sup>(1)</sup>
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	O sistema não faz esse filtro <sup>(1)</sup>

<sup>1</sup>Municípios que disponibilizaram as informações, no período de discussão e elaboração da Análise da Situação de Saúde (ASIS), no GTM da Região de Saúde Metropolitana..

(1) Municípios que atualizaram suas informações em 2024.

(2) Média inerente a saúde municipal, não contando os particulares e/ou via SAMU.

### Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)

Desde 2011, o Serviço conta uma Central Regional de Regulação de Urgência, localizada no município de Vitória, realizando a cobertura de 10 municípios da Região Metropolitana (Cariacica, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Marechal Floriano, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória) e 2 municípios da Região Sul do Espírito Santo (Anchieta e Piúma).

Com a grande demanda de urgências verificada nos sete anos de funcionamento do SAMU 192 na Grande Vitória; a falta de serviços de atendimento pré-hospitalares móveis para o atendimento às urgências, principalmente os agravos clínicos; e ainda como uma das ações/projeto para implementação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana do Espírito Santo, aprovado pelo Ministério da Saúde em 28 de dezembro de 2012 (Portaria nº. 3.162) o Governo do Espírito Santo, juntamente com os municípios está ampliando o SAMU 192 para os 13 (treze) municípios restantes da Região Metropolitana de saúde do Espírito Santo, que são: Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá e Santa Teresa, totalizando 182.403 habitantes.

Assim, a Região Metropolitana permanecerá com o quantitativo de ambulâncias conforme descrito na Tabela 18 a seguir:

Tabela 18 – Distribuição das Ambulâncias e Motolâncias na Região de Saúde Metropolitana.

	Município	Ambulâncias	Motolâncias
1	Afonso Cláudio	1 USB	
2	Brejetuba	1 USB	
3	Cariacica	3 USB e 1 USA	02
4	Conceição do Castelo	1 USB	
5	Fundão	1 USB	
6	Guarapari	1 USB e 1 USA	
7	Ibatiba	1 USB	
8	Itaguaçu	1 USB	
9	Itarana	1 USB	
10	Laranja da Terra	1 USB	
11	Marechal Floriano	1 USB	
12	Serra	3 USB e 1 USA	
13	Santa Leopoldina	1 USB	

14	Santa Maria de Jetibá	1 USB	
15	Santa Teresa	1 USA	
16	Venda Nova do Imigrante	1 USA	
17	Viana	1 USB	
18	Vila Velha	3 USB e 1 USA	
19	Vitória	3 USB e 2 USA	02
<b>TOTAL</b>		<b>25 USB e 8 USA</b>	<b>04 Mot.</b>

Fonte: SESA/2022

Considerar que a composição de recursos financeiros de custeio desse serviço, compreende recursos estadual (aproximadamente, 80%) e federal (20%).

No entanto, a contrapartida dos municípios consiste em disponibilizar a infraestrutura necessária para operacionalização das bases descentralizadas, o que demanda investimento dos municípios, que deverão estar estrategicamente localizadas, de forma a contemplar os atendimentos da região.

O repasse estadual será concedido em caráter regular e automático, fundo a fundo, desde que seja mantido o serviço nas condições exigidas pelo Ministério da Saúde.

## 7. SISTEMA DE APOIO

O Sistema de Apoio é responsável por prestar assistência de forma organizada e comum a todos os pontos de atenção à saúde, dando suporte através do Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, do Sistema de Assistência Farmacêutica, da Estratégia Saúde Digital e da integração dos Sistemas de Informação em Saúde.

Na Região Metropolitana, conforme demonstra a figura 2, são os recursos de apoio disponíveis:

**Figura 2 – Sistema de Apoio: recursos disponíveis**

SISTEMAS DE APOIOS DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	SISTEMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico por imagem</li> <li>• Medicina nuclear</li> <li>• Eletrofisiologia</li> <li>• Endoscopias</li> <li>• Hemodinâmica</li> <li>• Patologia clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicação (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição).</li> <li>• Ações assistenciais <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmácia clínica</li> <li>• Farmacovigilância</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidade (SIM)</li> <li>• Nascidos vivos (Sinasc)</li> <li>• Agravos de notificação compulsória (Sinan)</li> <li>• Informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS)</li> <li>• Informações hospitalares do SUS (SIH SUS)</li> <li>• Atenção básica (SIAB)</li> </ul>

Fonte: Informações levantadas pelo GTM da Região de Saúde Metropolitana.

## SEÇÃO 7 – IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS EXISTENTES E NECESSÁRIOS.

### INVESTIMENTOS FEDERAL E ESTADUAL

**O valor de repasse e a memória de cálculo de recurso financeiro, dos serviços que compõem a Rami, serão estabelecidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde no prazo de 45m (quarenta e cinco) dias. "(NR)**

Os recursos financeiros para a execução dos serviços que compõem a Rami são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, de acordo com disponibilidade orçamentária, devendo onerar as seguintes funcionais programáticas:

I - 10.302.5018. 8585.0000 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade;

II - 10.301.5019.21CE.0000 - Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde, Plano Orçamentário 0009 - Implementação de Políticas para a Rede Cegonha; e

III - 10.302.5018.8535.0000 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde, Plano Orçamentário 000C - Estruturação da Rede Cegonha. "(NR).



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## SEÇÃO 9 – GOVERNANÇA DA RAS

Recentemente foi implantado o Grupo Condutor da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (RAMI) para a Região de Saúde Metropolitana, que conta com o suporte do Grupo Condutor Estadual.

A discussão sobre a governança da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde Metropolitana não se iniciou e aguarda orientações da coordenação estadual do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI).

### **ROTEIRO SUGESTIVO DE ATIVIDADES DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS (CEGRAS)**

1. Resgatar produto construído na fase 4 com as propostas de composição, competências e normas de funcionamento do CEGRAS
2. Elaborar proposta de texto para estruturação do Regimento Interno do CEGRAS, considerando as propostas de competências e normas de funcionamento construídas no produto da fase 4, assim como as sugestões de atribuições recomendadas no documento de Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado
3. Realizar articulação com instituições indicadas na proposta de composição do produto construído na fase 4 visando a confirmação de sua disponibilidade para a participação no CEGRAS, assim como a indicação dos respectivos ocupantes de cargos que irão representá-las nessa instância de governança da RAS
4. Encaminhar proposta do Regimento Interno e composição do CEGRAS para as instâncias deliberativas do SUS, conforme fluxos estabelecidos pela CIB
5. Apoiar a SES na convocação da primeira reunião visando a apresentação do Regimento Interno e das responsabilidades dos seus membros, após a devida institucionalização do CEGRAS pelas instâncias deliberativas do SUS

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

**PROPOSTA DE AÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DA RAMI (produzidas pelo GTM Metropolitana e apresentado em reunião de CIR 14/12/2023)**

### 1) PONTOS DE ATENÇÃO/SISTEMA DE APOIO/SISTEMA LOGÍSTICO

#### A – ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Em relação ao processo de trabalho das ESF**

#### FRAGILIDADES

- Insuficiência número de ACS;
- governabilidade da atribuição enfermeiro (gestão processo trabalho na APS) – agenda protegida;
- vínculo empregatício dos profissionais;
- planejamento local (micro e macroprocessos) da Rede materno infantil;
- monitoramento do planejamento;
- gestão desempenho da equipe;
- continuidade dos processos de gestão;
- atualização da territorialização da região/município;
- institucionalização dos processos de trabalho, da gestão e da educação permanente;
- implementação da política Estadual para APS (reconstrução social da APS com cofinanciamento estadual);
- Apoio institucional fomento dessas ações

#### AÇÕES PROPOSTAS

- Implantar a agenda programática da rede materno infantil (retomar ações como planificação iniciando pela rede materno infantil (programação)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



- Apoio do ICEPI (apoio institucional/ provimento), e ETSUS (adequação dos profissionais sobre preceptoria ICEPI/Mai médicos a realidade local/ atribuições PNAB)
- Implantação do CEGRAS
- Definir Referência Materno Infantil municipal/ regional
- Agenda prioritária para definir agentes vinculadores Municipais/maternidades
- Utilizar protocolo de vinculação da gestante estadual vigente
- Organizar/monitorar os fluxos vinculação/ visita a maternidade
- Organizar/monitorar os fluxos/protocolos de esterilização
- Planejamento familiar

#### **ESF/NASF/E-MULTIPROFISSIONAIS**

- Implantar a agenda programática da rede materno infantil / compartilhada com equipes e-multi
- Apoio do ICEPI (apoio institucional/ provimento), e ETSUS

#### **UBS (todas as modalidades)**

- Padronização processos de trabalho conforme agenda programática proposta da RAMI

#### **UPA**

- - Protocolo de atendimento gestantes/crianças PA/upas,
- - Estabelecimento de fluxos entre UPA/APS para gestantes
- - Agenda prioritária do plano estadual enfrentamento da sífilis, HIV integração vigilância/ **APS**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



- Qualificar os profissionais para fazer o primeiro atendimento da gestante, com problemas relacionados a gravidez, mãe e bebê e direcionar ao ponto de atenção adequado (ajustar os fluxos);
- Definir o fluxo de tratamento com penicilina para pacientes com alergia medicamentosa

### **CONSULTÓRIO DE/NA RUA**

- Padronização processos de trabalho conforme agenda programática proposta da RAMI
- Protocolo de atendimento gestantes/crianças PA/upas,
- Estabelecimentos fluxos entre UPA/APS
- Articulação intersetorial a partir das vulnerabilidades
- Provocar uma discussão de uma modalidade que possa contemplar dentro da agenda programática o manejo dessa população de vulnerabilidade
- Ampliar equipes e Multi/ consultórios de rua

### **FARMÁCIAS BÁSICA**

### **SERVIÇOS DE FARMÁCIA/DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS/CENTRAIS DE ABASTECIMENTO**

### **SERVIÇOS/POSTOS DE COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

- Diagnóstico da rede da assistência farmacêutica da região
- Implantar comissão de farmacologia/terapêutica bipartite
- Discutir Medicções de alto custo que não contemplada na REAME/REMUME
- Aproximação com câmara técnica do COSEMS da assistência farmacêutica sobre o diagnóstico da assistência farmacêutica para a RAMI
- Melhorar gestão dos bancos de dados dos sistemas de informação sus (cnes, cad web, CBO)
- Gestão dos sistemas de informação, qualidade dos registros (comitê - mortalidade) como eixo estruturante para a implantação da agenda programática



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



- Planejamento familiar: insumos necessários

## **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO**

Precisa aprofundar

## **B – ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA**

### **ESTABELECIMENTOS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO/ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

1. Definir referência técnica da RAMI na SRSV;
2. Retomar as reuniões comitê da RAMI – instituição do CEGRAS
3. Dialogar sobre o papel do Escritório de Gestão de Alta/EGAS para contribuir com a organização dos fluxos;
4. Atualizar o protocolo de vinculação da gestante na rede com a integração entre os pontos de atenção APS, AAE, Hospitalar;
5. Qualificação profissional na linha de cuidado materno e infantil/ICEPi?
6. Novas formas de atendimento assistencial e Teleconsulta;

### **SAMU**

1. Gestores municipais dialogar com o gestor estadual sobre a relação da necessidade de urgência da RAMI na RUE (SAMU, transporte inter hospitalar);
2. Reorganizar o fluxo de atendimento do SAMU 192 para a RAMI, incluindo as urgências de saúde mental (equipe qualificada, com ambulâncias equipadas para binômio mãe x criança);
3. Necessidade de aprofundar o diagnóstico das U&E na RAMI nos municípios (diferenciar porte)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## **CAPS**

1. Necessidade de organização da Rede de Atenção à Saúde Mental para atendimento RAMI (pop. Rua)

## **SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO (LABORATÓRIO CLÍNICO)**

### **ULTRASSONAGRAFIA**

### **TELEMEDICINA**

### **RADIOLOGIA**

### **ELETROCARDIOGRAFIA**

1. Ampliar o acesso conforme gestão de base populacional e território e programação assistencial da RAMI;
2. Dialogar e conhecer a proposta de Microsistemas regional (consultas médicas e exames especializados);

## **REGULAÇÃO DO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE/REGULAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL**

1. Retomar o atendimento no HINSG para crianças com sífilis congênita
2. Implantar follow up nas maternidades de alto risco;
3. Criar fluxo de follow up de crianças de alto risco não vinculadas as maternidades de alto risco

## **TRANSPORTE SANITÁRIO PARA DESLOCAMENTO TDF**

Necessidade de aprofundar o diagnóstico

## **REGULAÇÃO DO ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE/CENTRAL DE REGULAÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

## **SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/001 AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE**

## **SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/005 UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

1. Rever os contratos de serviços de transporte dos estabelecimentos de saúde que atendem a gestante
2. Transporte Aéreo precisa aprofundar

## **FARMÁCIA HOSPITALAR**

Precisa aprofundar

## **SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE – REFERÊNCIA PARA AS DEMAIS/OUTRAS MRS**

### **FORÇA DE TRABALHO**

### **EQUIPAMENTOS E INFRAESTRUTURA DE FORMA GERAL**

Precisa aprofundar

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunização: 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento: Avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde. Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo. Vitória: SESA, 2003.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde. Provida: atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Vitória: SESA, 2006.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde. Oficina para organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança – módulo I – alinhamento conceitual sobre redes de atenção à saúde. Vitória: SESA, 2008a.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde. Oficina para organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança – módulo II – planejamento da rede de atenção à saúde da mulher e da criança. Vitória: SESA, 2008b.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde. Oficina para organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança – módulo III – organização e monitoramento da rede de atenção à saúde da mulher e da criança. Vitória: SESA, 2008c.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde. Oficina para organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança – módulo IV – governança da rede de atenção à saúde da mulher e da criança. Vitória: SESA, 2008d.

## Anexo 2. Plano Regional da Região Integrado – Região de Saúde Sul.

### PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL



Cachoeiro de Itapemirim – ES  
Novembro/2024



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



A Regionalização é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que se mostra como um eixo estruturante para a organização e a descentralização das ações e serviços de saúde pública, na atualidade materializada por meio das Redes de Atenção à Saúde – RAS.

Quando bem trabalhada, promove um melhor arcabouço para a equidade, a integralidade na atenção à saúde, além de potencializar a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, com ganho de escala na Atenção à Saúde Pública no Brasil.

Nesse sentido, a definição das responsabilidades dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e os Municípios) é indispensável devendo haver entre os gestores do SUS, relações mais cooperativas e solidárias uma vez que, a maior parte dos municípios brasileiros são pequenos e não tem condições de oferecer, em seus territórios, todos os serviços necessários a um atendimento resolutivo e integral à saúde de seus cidadãos. Enquanto, a concentração de certos serviços de maior complexidade em municípios maiores, gera ganhos em termos de economia de escala e qualidade.

Portanto, a regionalização é uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso, na eficiência e efetividade dos serviços de saúde a ser garantida para a população residente na área de abrangência de cada espaço regional, que ainda se mostram fragmentados dentro da organização funcional do SUS.

Embora seja uma diretriz organizativa do SUS desde a Constituição Federal de 1988, somente a partir da NOAS SUS 2001 e 2002, o SUS passou a implementar essa diretriz. Esse processo foi sendo aprimorado por meio das normas trazidas pelo Pacto pela Saúde 2006, e fortalecido após a publicação de diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde, em 2010, e a publicação do Decreto Presidencial nº 7.508/2011.

Mais recentemente, o processo de regionalização e do Planejamento Regional Integrado - PRI ganhou novas diretrizes por meio das Resoluções CIT nº 23/2017 e 37/2018 (ambas consolidadas por meio da Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021).



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



O Planejamento Regional Integrado - PRI está entre as estratégias de coordenação para promover a articulação entre as esferas federativas e consiste em um processo contínuo, coordenado, integrado e interdependente que expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre os gestores que abrangem uma região de saúde.

Sua elaboração na Região Sul do Estado do Espírito Santo, deve sintetizar a organização regional dos serviços, das ações de saúde, dos fluxos de acesso e da definição de responsabilidades dos entes federados no espaço regional.

Assim sendo, enfatiza-se que as Comissões Intergestores Regional Sul- CIR-SUL e Bipartite - CIB, têm papéis decisivos nesse processo de construção e aprovação respectivamente do PRI Regional, uma vez que são foros de negociação e pactuação entre gestores, deliberando sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS.

A implementação do processo de Regionalização e do PRI, deve ser agenda prioritária dos gestores do SUS, formalizada por pactuação na plenária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

Espera-se que a elaboração do PRI da Região Sul / ES, venha promover a equidade regional, bem como contribuir para a concretização de um Planejamento Ascendente do SUS mais qualificado, efetivo e eficiente em prol das ações de saúde ofertadas pela RAS a nossa população.

## **II PROADI/SUS: FORTALECIMENTO DA GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – REGIONALIZAÇÃO**

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é uma aliança entre seis hospitais de referência no Brasil e o Ministério da Saúde. Criado em 2009, seu propósito é apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



O Projeto “Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde: Regionalização”, é uma iniciativa tripartite para o aprimoramento da gestão e governança do SUS, através do PROADI-SUS, que se propõe a fomentar a organização da Rede de Atenção à Saúde e de Vigilância - RASV.

O fortalecimento das ações da RASV de forma ascendente, partindo das necessidades específicas regionais, por meio do Planejamento Regional Integrado - PRI, favorece o avanço do processo de Regionalização, visando instrumentalizar a gestão, por meio de apoio teórico metodológico, na perspectiva de embasar a elaboração do Planejamento Estratégico Estadual e do Plano Estadual de Saúde.

No Espírito Santo as 03 (três) Regiões de Saúde aderiram ao Projeto, optando cada uma por uma rede de atenção à saúde prioritária, sendo a Rede de Atenção Materna e Infantil - RAMI pactuada pela Regional Sul como objeto desta proposta.

Coordenado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC, o PROADI/SUS: Regionalização, foi desenvolvido no Estado conforme as fases previstas no projeto e descritas a seguir:

Fase 1: foi baseada nas ações estruturantes do Projeto, sendo estas: elaboração e aprovação, pelo Grupo Executivo do HAOC, das diretrizes teórico-metodológicas gerais do Projeto; das diretrizes para realização do processo seletivo dos articuladores estaduais e das diretrizes para adesão das macrorregiões de saúde (denominadas no Estado como Regiões de Saúde).

Fase 2: foi desenvolvida através das ações programadas no Guia Operacional Básico - GOB, compreendendo o processo de adesão da Secretaria Estadual de Saúde - SESA e do COSEMS, além da composição dos espaços estratégicos de gestão local do projeto: Grupo Condutor Estadual - GCE e Grupo de Trabalho Macrorregional - GTM.

Nessa fase, ocorreu a contratação de três Apoiadores para o PRI, através do Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação - ICEPI, por meio da Portaria nº 1.812/2020, na perspectiva de cumprir o papel de Apoio Institucional coordenando os trabalho junto ao GTM das três Regiões de Saúde, e para atuarem na interlocução entre a SESA, Superintendências Regionais de Saúde – SRS e as



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Secretarias Municipais de Saúde, com a função de produzir os relatórios e produtos das Fases de desenvolvimento do PRI.

Fase 3: se destinou a criar suporte técnico e metodológico na instrumentalização do GCE e GTM com vistas à realização da análise de situação de saúde, definição de prioridades sanitárias e das diretrizes que nortearam o desenvolvimento do PRI nas Regiões de Saúde

Nesta fase o percurso metodológico seguido pelo GTM da Região Sul, além das reuniões de alinhamento conceitual com o próprio grupo, contemplou diversas reuniões com áreas técnicas da SESA e SRSCI, com oficinas preparatórias de alinhamento técnico para apoio às atividades do GTM e grupos de trabalho para desenvolvimento das atividades, culminando em uma oficina final de proposição de ações para organização da RAMI.

Fase 4: se destinou a prestar suporte teórico metodológico ao GCE e GTM no tocante a elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RASV, bem como subsidiar a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde, nas Regiões de Saúde.

Fase 5: prestou apoio teórico e metodológico ao GCE e GTM para a elaboração do Plano Regional Integrado - PRI para as Regiões de Saúde do Estado.

Fase 6: tinha como objetivo desenvolver a proposta de monitoramento do PRI de cada Região de Saúde, através da implementação e institucionalização por meio das Comissões Intergestoras (CIR e CIB), mas que não chegou a ser concluída na Região Sul de Saúde.

As fases foram desenvolvidas através de encontros Regionais e Estaduais, presenciais e online, e cada encerramento de fase foi marcado por uma oficina presencial, na qual eram apresentados os produtos finais e o planejamento da nova fase, com a finalidade promover o alinhamento conceitual e metodológico, apresentar e discutir o GOB, direcionando as ações e entregas dos produtos futuros.

### III REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



A regionalização no SUS foi definida pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária para “garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e aperfeiçoar os recursos; e potencializar o processo de descentralização” (MS, 2001-2002).

Destaca-se como um dos princípios do SUS e deve garantir a organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada e integrada, considerando as características de cada região.

As regiões de saúde devem ser formadas por municípios fronteiriços que compartilham características culturais, econômicas e sociais, com redes de comunicação e infraestrutura de transportes e logística. É um processo complexo que envolve a descentralização política, financeira e administrativa, sendo construída a partir da participação coletiva e comunitária, com vistas ao atendimento integral da necessidade sanitária da população adstrita.

A proposta de um modelo assistencial e de participação popular que garantiu o pioneirismo da descentralização no Estado do Espírito Santo foi enunciada na Lei Estadual nº 4.317, de janeiro de 1989, a qual estabeleceu como órgão central a Secretaria de Estado da Saúde e as instâncias de participação social estadual e regionais: Conselho Estadual de Saúde e Conselhos Regionais de Saúde. O Decreto nº 3.011-N, de 06 de julho de 1990, que homologa o modelo assistencial de saúde para o Estado do Espírito Santo, instituiu à época no organograma da SESA às 04 Superintendências Regionais de Saúde - SRS localizadas nos municípios de São Mateus, Colatina, Cariacica e Cachoeiro de Itapemirim, que assim se mantêm desde então.

O Espírito Santo foi o segundo Estado da federação a seguir as determinações da Constituição Federal de 1988 no que tange ao princípio da descentralização das ações, seja por meio de municipalização seja por regionalização.

No início dos anos 2000 as Normas Operacionais da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS/SUS nº 01/2001 e 01/2002 impuseram a redefinição territorial das regiões de saúde para a constituição de redes regionais, com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e acesso da população às ações e serviços de saúde”. Introduziram a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização - PDR de 2003.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Ao longo de duas décadas - 1999 a 2019, a Secretaria de Estado da Saúde - SESA, tem utilizado os princípios da regionalização (definida em cada época), configurando a partir de 2003, o PDR como instrumento de planejamento e gestão estadual, regional e municipal para a organização do Sistema Estadual de Saúde.

No Pacto pela Saúde, em 2006, mantém-se a regionalização como eixo central e reafirmam-se os instrumentos de planejamento instituídos pelas NOAS/SUS nº 01/2001 e 01/2002.

Especialmente entre 2011 e 2019 a SESA tem utilizado a regionalização para a organização das Redes de Atenção à Saúde e Vigilância - RASV, conforme Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, e para a elaboração de Planos Diretores da Atenção Primária como base estruturante dessas Redes.

O PDR assume a função de instrumento de planejamento sistêmico do espaço regional, deixando de ser focado na assistência. Instituiu, além disso, os Colegiados de Gestão Regional como instância de cogestão no espaço regional (Série Pactos pela Saúde, 2006, vol.10, p.8). Em 2010, a SESA-ES e COSEMS-ES pactuaram uma atualização do PDR e elaboração de nova programação assistencial, aprovados pela CIB/SUS-ES em 2011, na qual se configuraram 04 regiões de saúde - Região Norte, Região Central, Região Metropolitana e Região Sul - abolindo o conceito de micro e macrorregiões e fortalecendo os princípios que hoje norteiam a Resolução CIT nº 37, de escala e escopos adequados para a RASV e para a garantia de resolutividade e integralidade do cuidado em cada região, respeitando ainda critérios de acessibilidade, desenvolvimento sócio-econômico, demográficos, rotas de transporte e de identidade e pertencimento sociocultural.

**Figura 01: Mapas do estado do Espírito Santo que apresentam a cronologia e a evolução da regionalização da saúde.**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



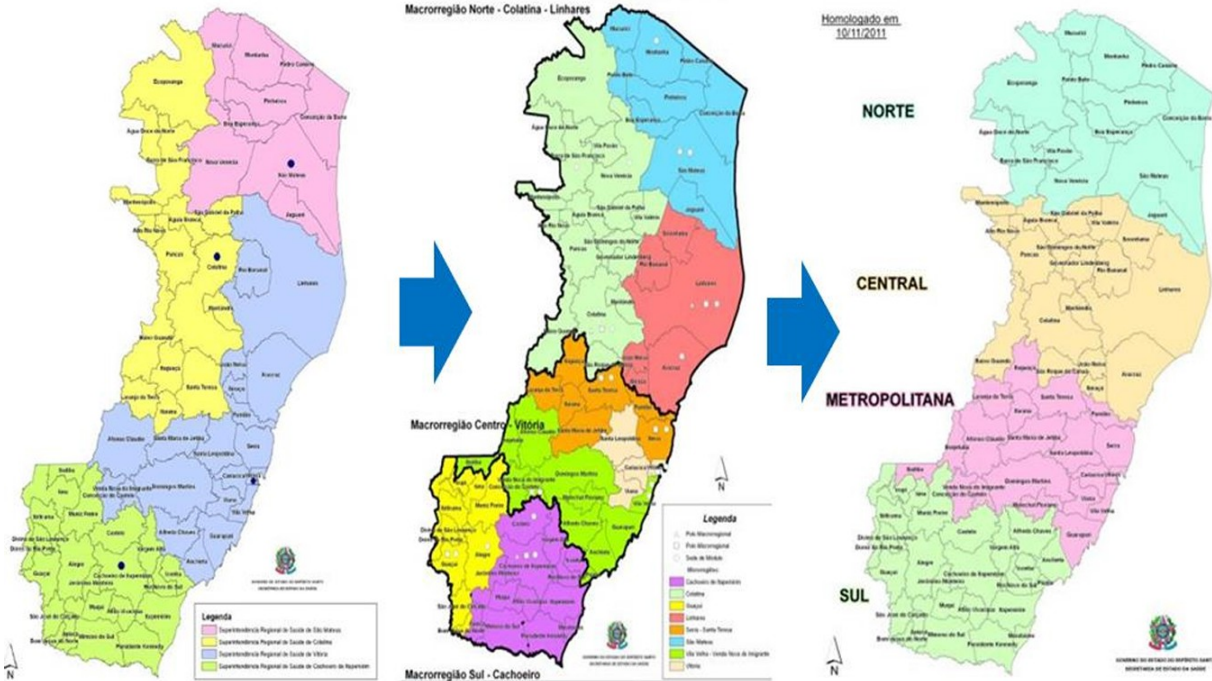
MINISTÉRIO DA SAÚDE



GOVERNO FEDERAL  
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



COSEMES  
COLEGIADO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO



Fonte: SESA.

Para atender as últimas normativas do processo de regionalização de 2020 se estabeleceu novo estudo dos limites regionais instituindo no território do Estado do Espírito Santo 03 (três) Regiões de Saúde através da Resolução CIB/SUS-ES nº 153/2020, conforme divisão estabelecida na figura a seguir.

Contudo, cabe destacar que mesmo com a redefinição da territorialização as Superintendências Regionais foram mantidas na sua concepção, competências e responsabilidades, ficando a Região de Norte com duas superintendências.



**Figura 03: Municípios adstritos à Região Sul de Saúde do Espírito Santo.**



Fonte: SESA, 2020.

A região é a segunda mais populosa do Estado, correspondendo a 17,74% da população do Espírito Santo. Dos municípios da região, Cachoeiro de Itapemirim concentra o maior número de habitantes. O movimento migratório da região acontece em direção ao litoral nos períodos de verão, e, internamente devido ao cultivo de cana de açúcar e café.

Tendo em vista as grandes diferenças entre os municípios da Região Sul, o Setor de Planejamento Estratégico de Saúde da SESA, através da Lei Estadual nº 9.768/2011, vem organizando sanitariamente a região em três microrregiões, para favorecer o desenvolvimento de pólos de atenção à saúde, otimizando recursos, concentrando serviços, evitando o deslocamento de pacientes, sendo estas: Litoral Sul, Central Sul e Caparaó.

Atualmente a Região Sul de Saúde é dividida em 03 Micro Pólos Regionais de Saúde, aprovado pela Resolução CIB-SUS/ES nº 071/2022, que em 2022 totalizava 640.977 habitantes, conforme

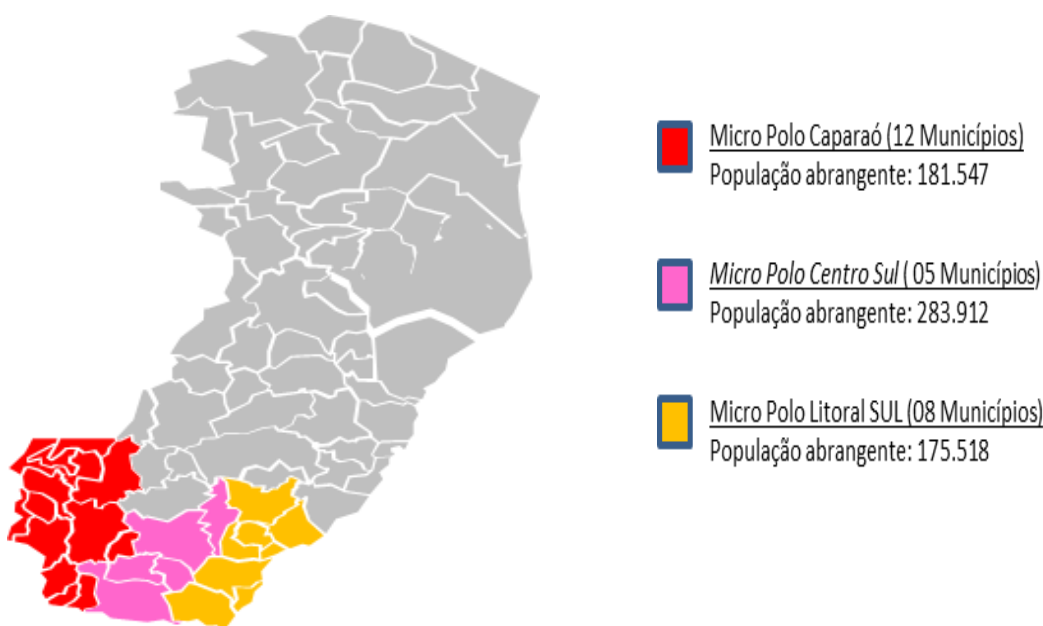
demonstrado no Quadro 1. O município de Castelo, pertencente a Região Sul de Saúde, mas compõe o Micro Pólo Serrano da Região Metropolitana, logo essa população não compõe o Micro Pólo Centro Sul.

**Quadro 01: Municípios adstritos segundo Micro Pólo de planejamento estadual da Região Sul.**

Micro Pólo	Municípios das Adstritos
<b>Litoral Sul</b>	Alfredo Chaves, Anchieta, Iconha, Piúma, Itapemirim, Rio Novo do Sul, Marataízes e Presidente Kennedy
<b>Central Sul</b>	Cachoeiro de Itapemirim, Vargem Alta, Castelo, Atilio Vivacqua, Mimoso do Sul, Muqui, Apiaca e Jeronimo Monteiro.
<b>Caparaó</b>	Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Muniz Freire, Irupi, São José do Calçado, Alegre, Bom Jesus do Norte e Iúna

Fonte: Resolução CIB Nº 071/ 2022

**Figura 04: Mapa dos Micro Pólos de Saúde da Região Sul de Saúde do Espírito Santo.**



Fonte: Resolução CIB Nº 071/ 2022



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



O Micro Pólo do Caparaó se sobressai pelo potencial turístico e paisagístico dos seus recursos naturais e pela presença do Parque Nacional do Caparaó. Apresenta desafios importantes relacionados ao baixo desenvolvimento econômico e alta taxa de pobreza. Possui um significativo contingente populacional que mora e trabalha no campo, com menor taxa de urbanização que o restante da região. Assim, atenta-se para a necessidade de ações para ampliação da proteção social e a garantia dos direitos humanos aos segmentos mais vulneráveis da população, como as gestantes e crianças.

O Micro Pólo Litoral Sul tem como atividade econômica motriz o turismo, respondendo significativamente pela geração de renda e emprego, seguida pela indústria e agropecuária. Apesar da crescente participação no PIB estadual devido à exploração do Petróleo, possui também alta taxa de pobreza.

O Micro Pólo Centro Sul destaca-se pela exploração de mármore/granito, englobando a produção de equipamentos e acessórios para a extração e beneficiamento de rochas ornamentais. Articulada à Cachoeiro de Itapemirim, a região fornece os serviços mais especializados na área de saúde. No entanto, a região também possui desafios importantes relacionados à ampliação do acesso e à qualificação da Atenção Básica à Saúde.

Considerando o aspecto étnico-racial, observa-se maior concentração de população quilombola nos municípios da região Sul em relação às outras regiões do estado. Destacam-se os municípios de Muniz Freire e Muqui que apresentam 5 e 7 comunidades respectivamente dentro dos seus territórios, além de outros 14 municípios da região, que possuem de 1 a 3 comunidades, o que representa um total 53 comunidades em 84% dos municípios da Região Sul. As comunidades Quilombolas são grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas e com ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. Observa-se uma ausência de política de saúde voltada exclusivamente para esta população, o que consiste em um desafio para a região.

Ainda em relação às especificidades regionais, no distrito de Patrimônio da Penha, pertencente ao município de Divino de São Lourenço, encontram-se concentradas algumas Comunidades Alternativas - “hippies” e a única Igreja do Santo Daime do Estado, que se

destaca pelo uso em sua doutrina de uma bebida alucinógena, o ayuhuasca, que segundo seus seguidores, tem o fim de catalisar processos interiores e espirituais, buscando a cura e o bem-estar do indivíduo. Existe uma relativa resistência dessas comunidades alternativas em aceitar as ações de saúde programadas pela estratégia de saúde da família do Município, sendo muitas delas inclusive, adeptas à prática do parto natural em casa.

#### V – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL - PERFIL DEMOGRÁFICO

Para assegurar que as comunidades atinjam bom nível de saúde, há necessidade, primeiramente, de conhecer a sua realidade, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto sanitário para, em seguida, planejar, atuar e, posteriormente, reavaliar a situação, permitindo detectar se as mudanças almeçadas foram alcançadas.

Nesse processo, utilizam-se indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais e econômicos, entre outros, a fim de permitir uma descrição mais próxima da situação real. Alguns desses indicadores são construídos com estatísticas relativas a eventos vitais, à composição da estrutura populacional, à morbidade, a serviços e a ações de saúde.

A sociedade espiritossantense vem apresentando constantes mudanças, considerando os novos paradigmas socioeconômicos, ambientais e tecnológicos, entre outros. A velocidade desses processos, elevam a importância do planejamento, principalmente para o setor público, sendo este o grande responsável pelo bem-estar da população.

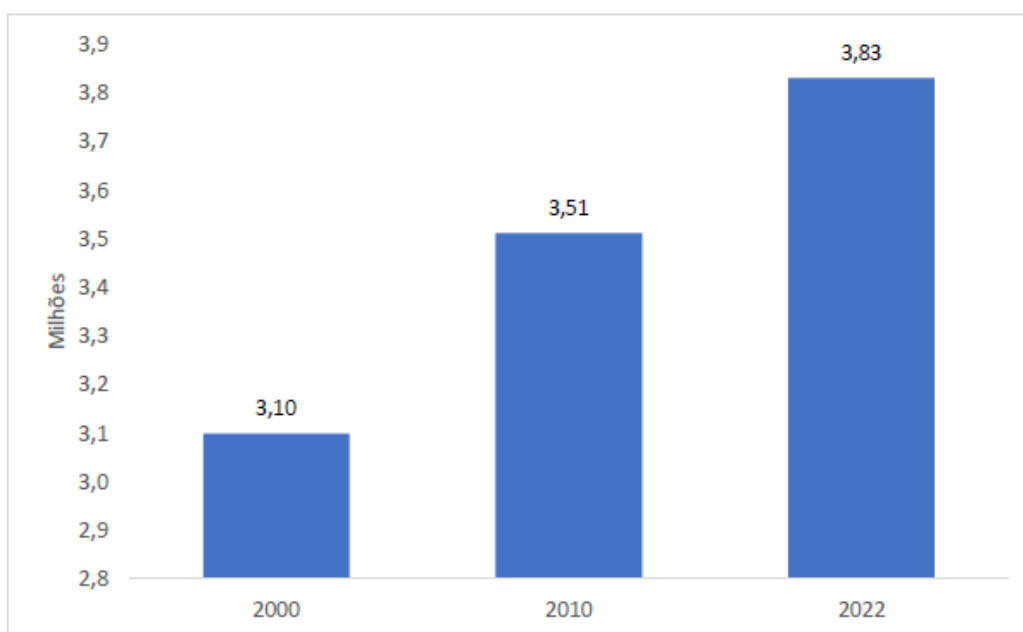
Na área da saúde, diagnósticos situacionais assertivos, são imprescindíveis na formulação de políticas efetivas, voltadas à prestação qualificada de serviços ao cidadão. Nessa perspectiva, apresenta-se as principais dinâmicas e características demográficas, econômicas e sociais.

O Estado do Espírito Santo é o menor estado da região sudeste com área geográfica de 46.098,1 km<sup>2</sup>, distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. No Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do Espírito Santo era de 3.514.952 habitantes, já na edição de 2022, esse número subiu para 3.833.710, um crescimento de 9%. Essa foi a maior taxa de

crescimento registrada entre os estados do Sudeste. Esse crescimento é equivalente a 2,6% do crescimento do país.

O Espírito Santo apresenta a 15ª maior população e a 12ª maior taxa de crescimento entre as Unidades da Federação, sendo a maior taxa Roraima (41,25%) e a menor, Alagoas (0,21%). Assim como na década anterior, entre 2010 e 2022 o Espírito Santo registrou a maior taxa de crescimento (9,07%) entre os estados do Sudeste; São Paulo (7,65%); Minas Gerais (4,80%); Rio de Janeiro (0,40%). No mesmo período, a taxa de crescimento do Brasil foi de 6,45%.

**Gráfico 01: População residente, Espírito Santo, 2000, 2010 e 2022.**

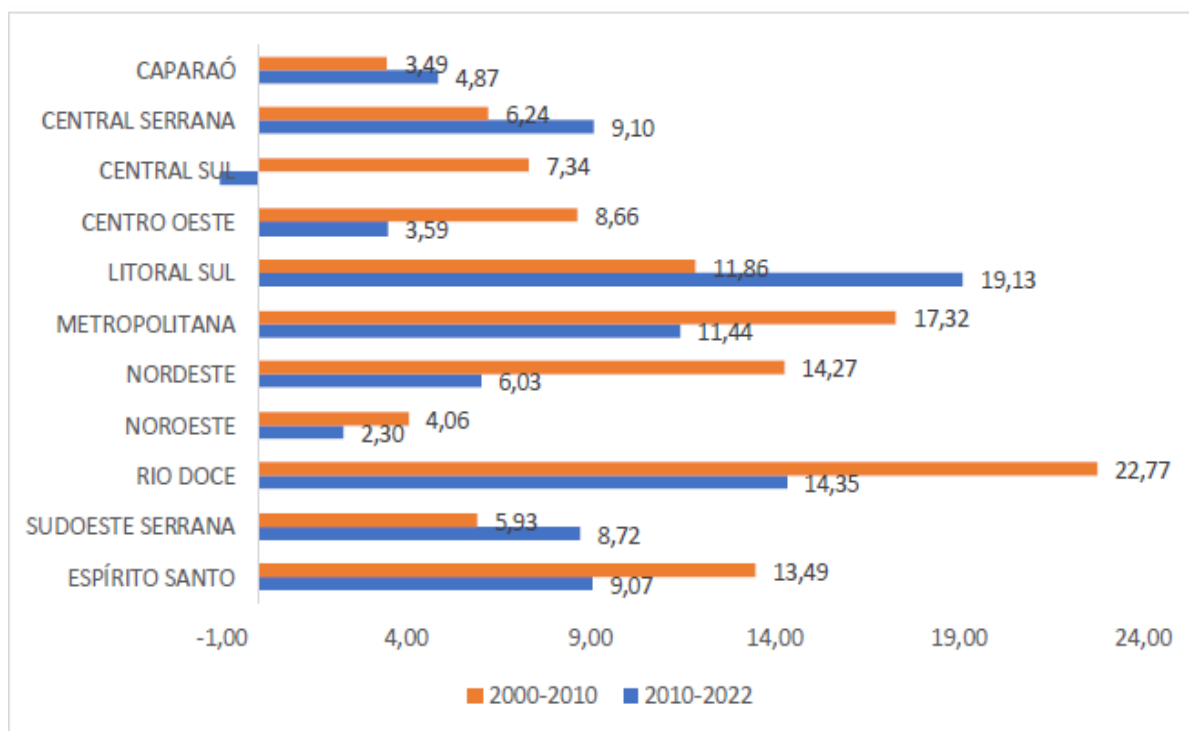


Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000, 2010 e 2022.

Entre os Micro Pólos de Saúde do Espírito Santo, as três maiores taxas de crescimento da década 2010-2022 ocorreram na Litoral Sul (19,13%), Rio Doce (14,35%) e Metropolitana (11,44%), sendo que a média do estado foi de 9,07%. O Micro Pólo Central Sul foi a única a registrar taxa de crescimento negativa (-1,05%).

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 que Cachoeiro de Itapemirim representou 18% do total perdido, Pancas 12,7% e Pedro Canário 10,9% (entre 2000 e 2010 foram 18 municípios). Por outro lado, 55 municípios ganharam população, sendo que a Serra representou 30,5% do ganho populacional, Vila Velha 15,7% e Linhares 7,6%.

**Gráfico 02: Taxa de crescimento da população no ES e nos Micro Pólos Regionais, 2000-2010 e 2010-2022.**

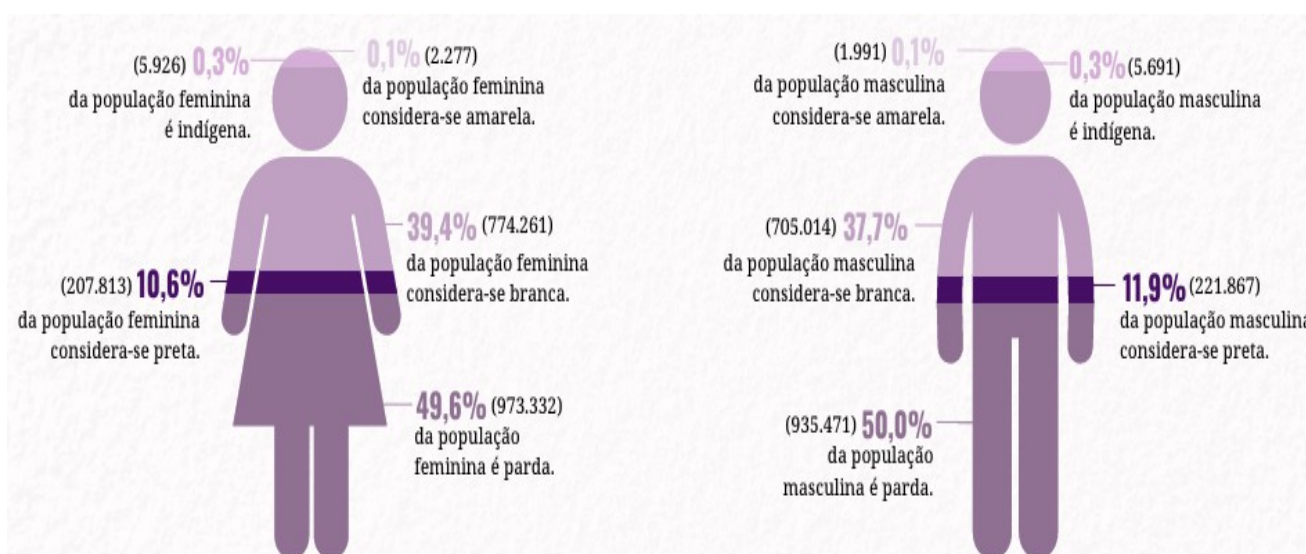


Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000, 2010 e 2022

O Espírito Santo é o 15º estado mais populoso do Brasil, com densidade demográfica de 83,21 hab/km². O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH tem a marca de 0,771, medido em 2021 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD.

Entre os Micro Pólos Regionais, depois da Metropolitana, que ocupa a 1ª posição, com densidade demográfica muito acima das demais (809,31 hab/km<sup>2</sup>), destaca-se o Micro Pólo Central Sul, com 83,55 hab/km<sup>2</sup>.

**Figura 05: População do ES, segundo raça e cor.**



De acordo com os resultados do Censo 2022, pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população brasileira (45,3%) se declarou como parda; o equivalente a cerca de 92,1 milhões de pessoas. Até então o maior percentual era representado pela população que se declarava branca. A população feminina capixaba é composta por 60,2% de mulheres negras (pretas ou pardas).

A pesquisa revelou ainda que, em 2022, cerca de 43,5% (88,2 milhões de pessoas) se declararam brancas, 10,2% (20,6 milhões) se declararam pretas, 0,6% das pessoas (1,2 milhão) se declararam indígenas e 0,4% (850,1 mil) se declararam amarelas.

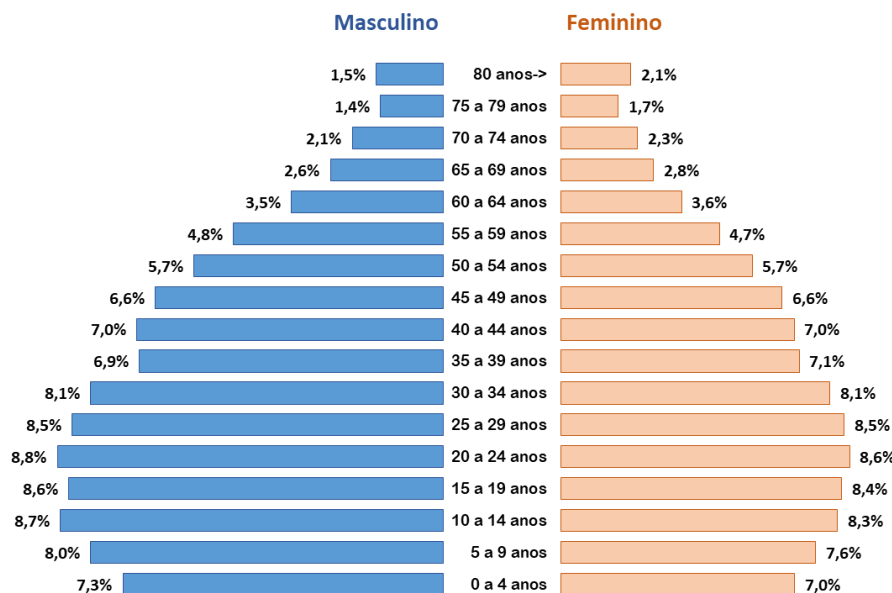
Comparando com o ano de 2010, observou-se um aumento de 42,3% na população preta, elevando sua representação no total da população de 7,6% para 10,2%. A população parda registrou um crescimento de 11,9%, aumentando sua proporção na população total do país

de 43,1% para 45,3%. Além disso, a população indígena teve um aumento, elevando sua participação de 0,5% para 0,6%.

No Espírito Santo o Censo 2010 – IBGE aponta que a população do Espírito Santo é em sua maioria formada por negros e pardos atingindo mais de 60% do contingente populacional: brancos (39,3%), negros (7,2%), pardos (53,3%) e amarelos ou indígenas (0,2%).

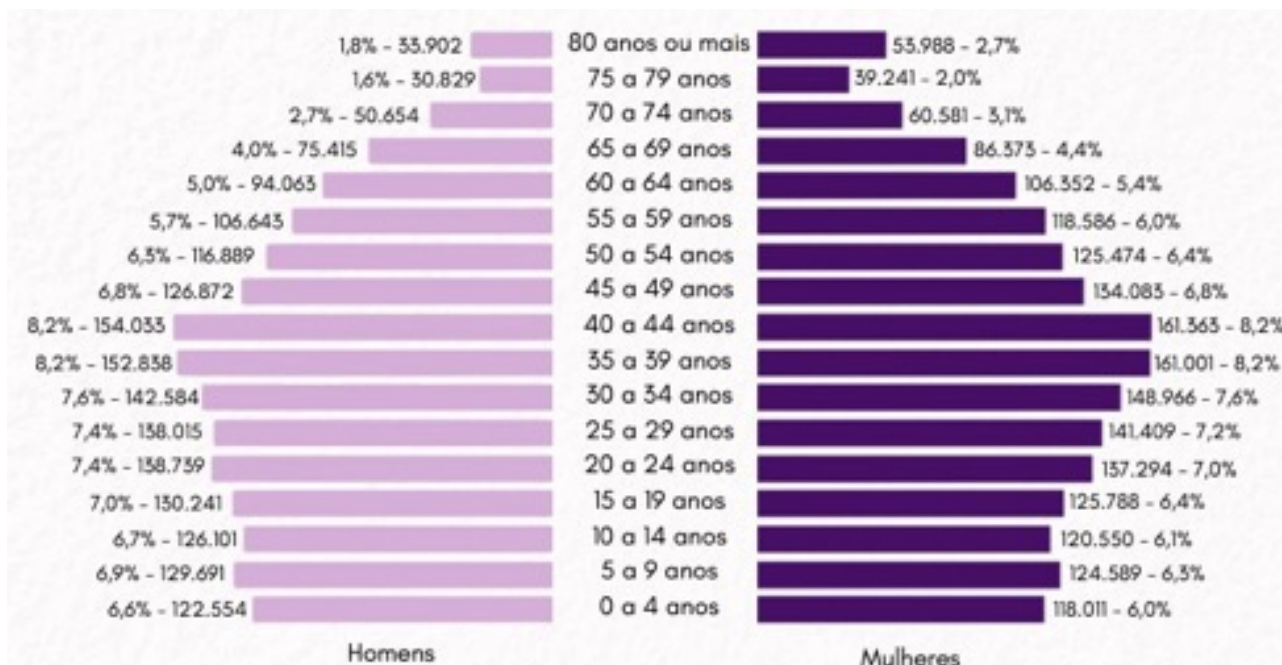
Considerando os dados populacionais de 2010 (IBGE) em relação a estimativa de 2021, observa-se um crescimento populacional de 7,66% na região sul. Há de se considerar que em 2010 a população masculina representava 49,82% e a feminina 50,18% do total da população. Quanto à estimativa de 2021, 49,59% representa a população masculina e 50,41% a população feminina. Portanto, houve um crescimento de 7,16% da população masculina e 8,15% da feminina, na região sul de saúde.

**Gráfico 03: Pirâmide por Faixa Etária do Espírito Santo, Censo 2010.**



Fonte: IBGE Cidades

Gráfico 04: Pirâmide por Faixa Etária Região Sul estimada para 2022.



Mulheres ES, 2023. Fonte: Observatório

Considerando as faixas etárias de 0 a 29 anos, houve decréscimo na população masculina e na população feminina, sugerindo um progressivo envelhecimento da população.

O envelhecimento populacional é a transformação da estrutura etária que acontece em decorrência do aumento da proporção de idosos no conjunto da população e consequente diminuição da proporção de jovens.

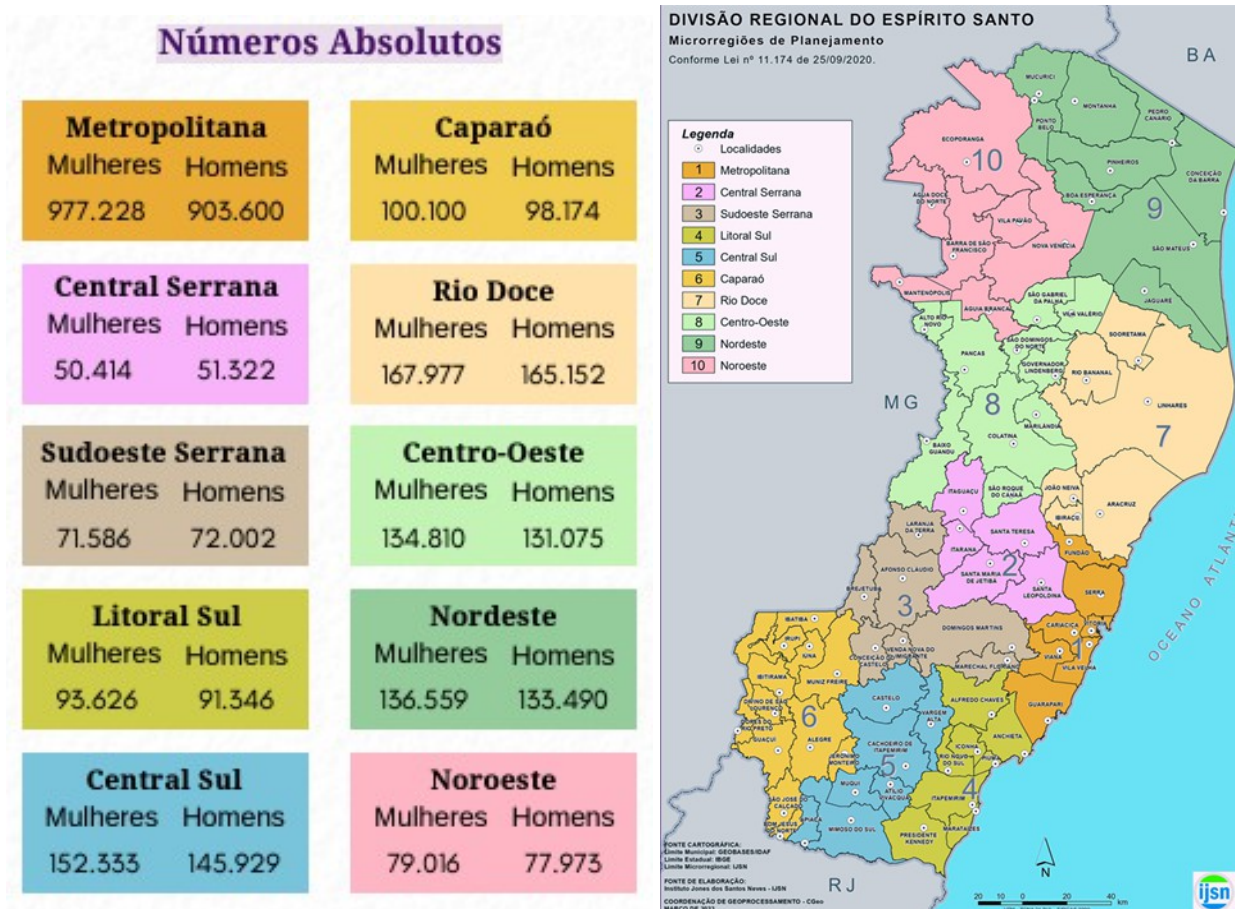
O índice de envelhecimento - IE mede a relação entre a população idosa e a população jovem, de 0 a 14 anos de idade e acima de 60 anos. Um IE menor do que 100 significa uma população jovem e um IE igual ou maior do que 100 significa uma população idosa.

No gráfico 5 é possível observar que na Região Sul a proporção de pessoas mais convencionalmente consideradas em “idade de trabalhar”, entre de 18 a 59 anos, representam 60% do total da população. E ter uma boa fatia da população em idade de trabalhar e sustentando uma pequena proporção de crianças e idosos, é uma condição favorável para elevar a renda per capita e o nível geral de bem-estar das pessoas, em determinado espaço geográfico.

Seja qual for o cenário econômico, a necessidade de qualificar a mão de obra persiste, para que se possa garantir maior produtividade dos trabalhadores em idade produtiva, visto que, de acordo com os dados do IBGE, a tendência para as próximas décadas é uma queda importante da parcela da população brasileira potencialmente produtiva.

O envelhecimento da população traz significativas consequências para o setor de saúde, como o predomínio das doenças crônicas degenerativas, necessitando de uma gama de tecnologias em saúde. Portanto o envelhecimento saudável, requer um pacto social, um compromisso coletivo em defesa do Sistema Único de Saúde.

**Figura 06: Distribuição da população do ES, segundo sexo, por Micro Poló, Censo 2022.**



Fonte: Observatório Mulheres ES, 2023.

Em 2022, a população feminina se mantém como a maioria da população brasileira, representando 51,5% do total de pessoas, possuindo maior taxa de crescimento do que os homens. Enquanto a taxa de crescimento populacional entre as mulheres foi de 7,4%, entre os homens esse valor foi de 5,5%. A população feminina é majoritariamente adulta e idosa, com as mulheres entre 40 e 44 anos representando a maior parte da população. Mulheres são minoria na faixa etária dos 0 aos 39 anos.

Em 2022, a população feminina capixaba cresceu mais do que a dos homens. Enquanto a taxa de crescimento populacional entre as mulheres foi de 10,1%, entre os homens esse valor foi de 8,0%. Maior Taxa de Crescimento da população feminina: Presidente Kennedy (35,8%)  
Menor Taxa de Crescimento da população feminina: Serra (269.243)  
Menor população feminina: Divino de São Lourenço (2.463) Pancas (-1 1,0%).

## **VI – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL - PERFIL MATERNO E INFANTIL**

Para darmos continuidade em nossos estudos precisamos traçar o perfil materno de nossa região, entendendo que as informações remetem primeiramente aos dados das mulheres em idade reprodutiva, que vai dos 10 aos 49 anos de idade, e que está relacionada ao nível de fecundidade ou fertilidade. A taxa de fecundidade é uma estimativa do número médio de filhos, que uma mulher teria até o fim de seu período reprodutivo, em determinada unidade geográfica em um determinado período de tempo.

No Estado do Espírito Santo, segundo dados do IBGE, a Taxa de Fecundidade em 2017 era de 1,74, esse número sofreu queda e em 2021 passou para 1,71 filhos por mulher. No Brasil, a taxa de fecundidade em 2023 é de 1,57 filho por mulher, e a região com a maior Taxa de Fecundidade é a Norte do país, com 2,51 filhos por mulher, enquanto a região Sudeste tem a menor média nacional, com 1,75. A Taxa de Fecundidade considerada aceitável para reposição populacional é de 2,1 filhos por mulher ao longo da vida.

A taxa de fecundidade da Região Sul do Espírito Santo está em declínio, assim como no Estado e no Brasil. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



no emprego para a mulher quando pari, etc. Em alguns municípios da nossa região não se verifica declínio relevante na taxa de fecundidade como é o caso de Atilio Vivácqua, Jerônimo Monteiro, Presidente Kennedy que os números e mantém há alguns anos.

Entendemos que a Taxa de Fecundidade está diretamente associada ao número de nascidos vivos, mas essa informação não reflete do total de gestantes no mesmo período, haja vista que nem todas as gestações resultam em bebês nascidos vivos, mas independente da gestação ser exitosa, todas as gestantes precisam ter suas necessidades de assistência em saúde atendida em todos os níveis de atenção, seja primária, secundária e terciária. Para calcular a estimativa de gestantes de uma região de saúde, é possível considerar o número absoluto de nascidos vivos, acrescido de 10%. O acréscimo de 10% é devido a perdas por subnotificação e abortos.

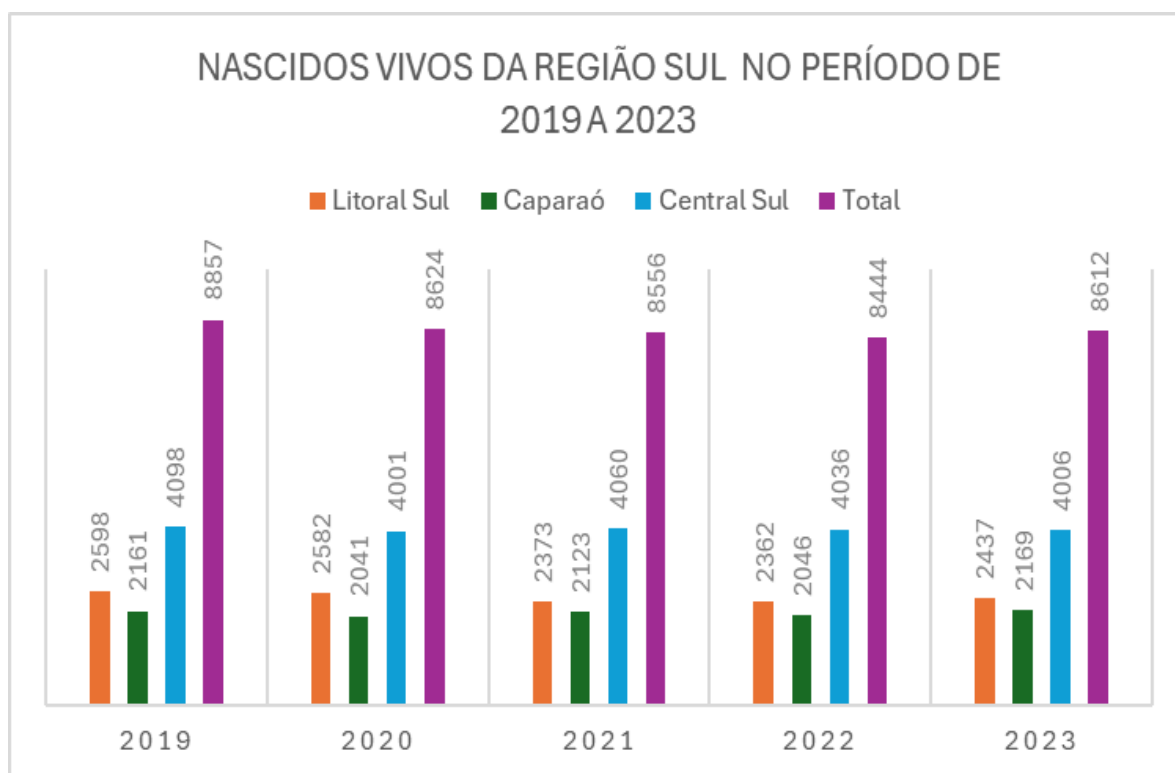
A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução se dá na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar desse fato, existem parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolvem problemas, apresentando mais probabilidade de evolução desfavorável, seja para o feto ou para a mãe. Essas gestantes são estratificadas durante o pré-natal e classificadas como alto risco, no Estado a estimativa é que 17% do total de gestantes sejam de alto risco.

Para uma atenção qualificada voltada para a gestação e o puerpério, se faz necessário que a Rede de Atenção à Saúde garanta uma estrutura operacional composta por pontos de atenção, serviços de apoio e logísticos, com capacidade operacional para responder a necessidade de saúde da população-alvo; equipe multiprofissional, competente para o manejo dos usuários, em coerência com as evidências das diretrizes clínicas; fluxos e contrafluxos em tempos oportunos; processos de vigilância e cuidado qualificados; sistema de governança capaz de monitorar, avaliar e aprimorar continuamente resposta oferecida à população. (Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério-2019, Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein).

Portanto, conhecer onde estão as gestantes, a organização dos serviços nos territórios municipais, é de extrema relevância para que a região possa responder de maneira oportuna às necessidades de saúde dessa população.

Na tabela a seguir observa-se que o Micro Pólo Centro Sul apresenta maior número absoluto de Nascidos Vivos - NV no período de 2019 a 2023, muito fortemente impulsionado pelo município de Cachoeiro de Itapemirim, que é o município pólo da Região Sul, com o maior número de habitantes, necessitando portanto de maiores arranjos organizativos no sentido de garantir serviço qualificado e resolutivo às gestantes desse território.

**Gráfico 05: Série Histórica de NV da Região Sul e por Micro Pólo.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Uma mudança estrutural está em curso na sociedade brasileira, segundo dados do Censo 2022 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, com cada vez mais pessoas vivendo sozinhas e casais optando por não ter filhos.

No Brasil a porcentagem de domicílios em que vive apenas uma pessoa deu um salto significativo, passando de 12,2% em 2010 para 18,9% em 2022, em todas as faixas etárias e não mais apenas entre os idosos. O mesmo ocorreu com a proporção de casais sem filhos: subiu de 16,1% para 20,2% no mesmo período de tempo. A porcentagem de todos os demais arranjos domiciliares caiu, revelando uma alteração cultural e social significativa.

O envelhecimento da população e a queda das taxas de natalidade têm profundos impactos socioeconômicos no País, que caminha para o fim do chamado bônus demográfico (quando a proporção de jovens, população economicamente ativa, é maior do que a de idosos e crianças, elevando as chances do País elevar o seu PIB).

Nesse período, entretanto, não conseguimos migrar de país de renda média para renda alta. Outra consequência será a crescente demanda sobre o poder público por maior estrutura de saúde, assistência social e de previdência para os grupos mais velhos. Essa mudança no perfil das famílias está relacionada a vários fatores. Essa tendência progressiva de diminuição no número de NV também está sendo observada em nossa região.

### **Tipo de parto**

Vamos apresentar a seguir outro índice muito importante para avaliarmos a qualidade na assistência ao parto e nascimento, que é a proporção de NV segundo o tipo de parto, sendo estes, normal e cesáreo.

O resultado reflete a proporção de partos realizados por cirurgias cesáreas no período de interesse. De acordo com a OMS (2016), uma cesárea deveria ser realizada, idealmente, apenas quando ela for necessária, do ponto de vista clínico. Por ser um procedimento cirúrgico invasivo, a cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo para a mãe, como hemorragia e infecção. Estudos apontam ainda a possibilidade de consequências indesejáveis para os bebês, muitas das quais associadas ao risco de retirada do bebê do útero ainda com maturação incompleta (Villa et al., 2007; Souza et al., 2010; Leal et al., 2017).



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Estatísticas mostram que taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com a redução de mortalidade materna e neonatal, mas a recomendação da Organização Mundial de Saúde - OMS é que somente 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico (OMS, 2016). Ou seja, existe uma situação real, na qual é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que este procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural.


O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com cerca de 83% dos partos realizados por meio de cesáreas (ANS,2019). Na América do Norte, essa proporção é de 32% e, na Europa, de 25%, por exemplo (Betrán et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou em 2015 a Classificação de Robson como instrumento padrão para ser utilizado em escala mundial, por ser uma ferramenta que avalia, monitora e compara taxas de cesariana e parto vaginal, com o objetivo de reduzir essas taxas de cesáreas.


Figura 07: Classificação de Robson.

**A OMS ESPERA QUE ESSA CLASSIFICAÇÃO AJUDE OS HOSPITAIS A:**


Otimizar o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local.




Avaliar a qualidade dos dados colhidos e chamar a atenção dos funcionários para a importância desses dados e do seu uso.



Avaliar a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo



Avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesáreas.



Fonte: OMS: Robson MS. Classification of caesarean sections.

A Classificação de Robson categoriza as gestantes em 10 grupos, com base em seis características obstétricas distintas: Paridade (antecedentes obstétricos: nulípara ou multípara); Número de fetos (Único ou Múltiplo); Cesárea anterior (sim ou não); Início do trabalho de parto (Espontâneo, Induzido ou Cesárea antes do trabalho de parto); Idade gestacional (Pré-termo ou a Termo); e Apresentação fetal (Cefálica, Pélvica ou Transversa) .

Figura 08: Classificação de Robson.

## Quadro 1: Classificação de Robson

 <p>Grupo 1</p>	Nulíparas com feto único, cefálico, $\geq 37$ semanas, em trabalho de parto espontâneo	 <p>Grupo 6</p>	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica
 <p>Grupo 2</p>	Nulíparas com feto único, cefálico, $\geq 37$ semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	 <p>Grupo 7</p>	Todas multiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
 <p>Grupo 3</p>	Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, $\geq 37$ semanas, em trabalho de parto espontâneo	 <p>Grupo 8</p>	Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
 <p>Grupo 4</p>	Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, $\geq 37$ semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	 <p>Grupo 9</p>	Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
 <p>Grupo 5</p>	Todas multiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, $\geq 37$ semanas	 <p>Grupo 10</p>	Todas gestantes com feto único e cefálico, $< 37$ semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Fonte: OMS: Robson MS. Classification of caesarean sections.

Na atualidade não existe uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente que permita comparar, de forma relevante e útil, as taxas de cesáreas em diferentes hospitais, cidades ou regiões. Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos (também conhecida como “Classificação de Robson”) tem sido amplamente utilizada em muitos países. Em 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática dos estudos que relatam a experiência de profissionais que haviam usado a classificação de Robson.

Essa revisão avaliou os prós e contras envolvidos na adoção, implementação e interpretação dessa classificação, além de identificar as barreiras, os facilitadores e as possíveis adaptações ou modificações propostas pelos usuários desse sistema.

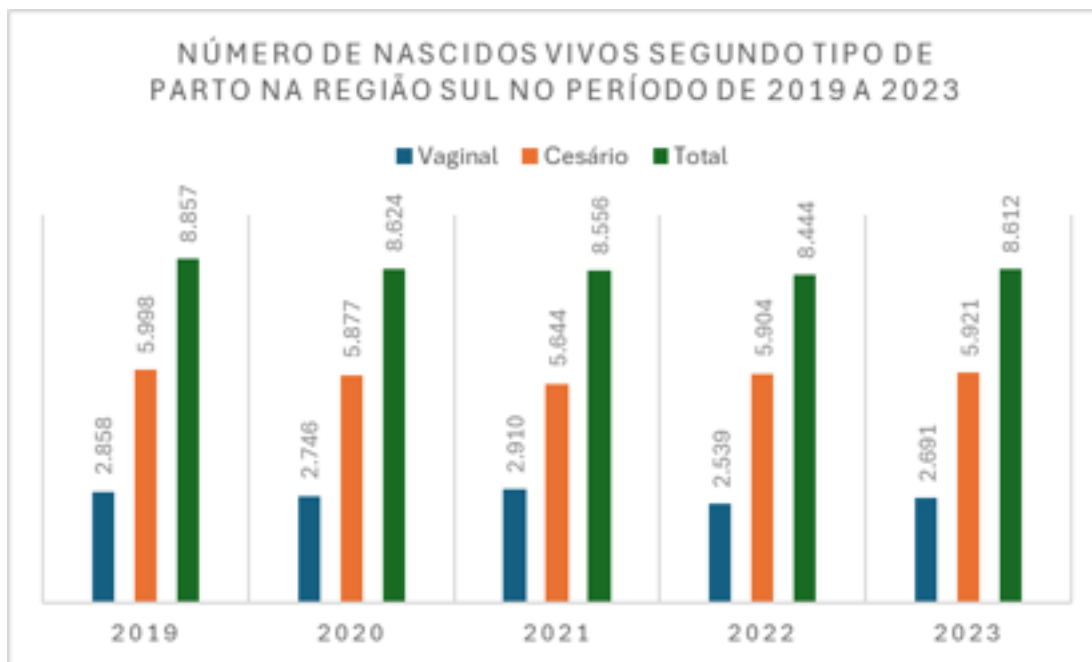
Na pesquisa *Nascer no Brasil*, coordenada pela Fiocruz, em 2014, constatou-se que o número excessivo de cesarianas expõem desnecessariamente as mulheres e os bebês aos riscos de efeitos adversos no parto e nascimento. Esse índice elevado de cesarianas, se deve a uma cultura arraigada no Brasil de que o procedimento é a melhor maneira de se ter um filho. Em parte porque, no Brasil, o parto normal é realizado com muitas intervenções e dor.

O Ministério da Saúde recomenda os cuidados que se devem ter na assistência ao parto, preconizando o acompanhamento seguro da mãe e do bebê e a redução de intervenções médicas desnecessárias e potencialmente prejudiciais para ambos, o que impacta negativamente no protagonismo da mulher para dar à luz e na experiência do nascimento. Nesse sentido, muito se discute no que tange a preocupação em oferecer um suporte de qualidade durante o parto e na escolha que as gestantes e os médicos obstetras fazem quanto à via de parto, seja cesariana ou vaginal, diante de justificativas clínicas ou mesmo na ausência destas.

Quando comparadas ao parto normal, as complicações da cesárea são mais significativas e incluem: maior risco tromboembólico, lesões e hemorragia materna e fetal, risco aumentado de infecções, maior incidência de dor no pós-operatório e recuperação mais prolongada. Define-se como parto normal aquele que ocorre de maneira espontânea e mantém-se assim durante o trabalho de parto, este apresenta grandes vantagens em relação ao parto cesáreo como menor risco de infecção, os laços afetivos entre a mãe e a criança ocorrem de maneira mais intensa e tempo menor de internação.

Além dos critérios obstétricos, outros fatores podem influenciar na escolha da via de parto, como os de ordem sociocultural e religiosa, e os de razão econômica e profissional, relacionados principalmente à fonte de pagamento, ou seja, se o parto será financiado pelo setor público ou pelo privado. A seguir observamos a série histórica por tipo de parto da Região Sul, demonstrando que seguimos a tendência nacional com uma média de 67% de partos cesáreos nos cinco anos estudados.

**Gráfico 06: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo o Tipo de Parto.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

A Taxa de Cesárea é um indicativo da qualidade da atenção ao parto, uma vez que o aumento do mesmo pode refletir a necessidade de se trabalhar no pré-natal orientações acerca das indicações para cada tipo de parto. O parto vaginal deve ser incentivado ao longo do acompanhamento das gestantes evitando assim indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. O indicador mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares, a partir das informações disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. A OMS preconiza taxas populacionais de cesariana entre 7% e 10%, e não superiores a 15% (WHO, 1985).

A cesárea é um procedimento cirúrgico que pode apresentar riscos para a mãe, como: perda de sangue, lesão de órgãos abdominais, infecção na incisão cirúrgica, aumento do risco de tromboembolia, hemorragia pós-parto, dentre outras.

A cesárea é indicada quando há algum problema ou risco para a realização de um parto normal. No entanto, repetir cesáreas pode ser perigoso, pois aumenta o risco de desenvolver acretismo placentário, uma disfunção grave nas gestações subsequentes.

A maioria das mulheres pode ter até três partos cesáreos com segurança, mas não há pesquisas suficientes para determinar um limite exato. A cesárea cicatriza em cerca de 6 a 10 semanas após o parto, mas o tempo pode variar de acordo com o organismo de cada pessoa.

Mesmo quando a cesariana é eletiva, esse risco é substancialmente maior do que aqueles ligados ao parto normal. A possibilidade de complicação se intensifica nas gestações subsequentes à cesariana.

Entre elas destaca-se a placentação anômala e a morbimortalidade neonatal, havendo um padrão dose-resposta dessas complicações na medida em que aumenta o número de cesarianas anteriores.

No caso das adolescentes, o primeiro parto por via abdominal pode causar maior prejuízo, haja vista a tendência de se privilegiar a via de parto anterior nos partos subsequentes, além da maior exposição devido ao longo período de vida reprodutiva e maior parturição das mulheres que iniciam a maternidade precocemente.

### **Idade da mãe**

Outro ponto importante a ser abordado, é a idade em que essas gestações ocorrem, sabendo que existem sérios riscos quando muito precoce ou tardia.

Segundo dados do Ministério da Saúde, 66% das gestações entre adolescentes são indesejadas, indicando que as condições para que isso aconteça são: falta de informação, falta de apoio das redes familiares e comunitárias, etc. Independentemente de ser planejada ou não, a gravidez precoce aumentará o risco de morte materna e infantil, bem como o risco de parto prematuro, anemia, aborto espontâneo, eclâmpsia e depressão pós-parto. A falta de conhecimento, a impossibilidade de obter métodos anticoncepcionais e informações suficientes para o planejamento reprodutivo, afeta diretamente um grande número de gestações na adolescência.

A preocupação com o uso de método contraceptivo sempre recai sobre a mulher, e geralmente elas têm conhecimento sobre a importância de se prevenir. “A grande maioria das gestantes adolescentes tem noção da necessidade de usar métodos contraceptivos. Sabe que existe camisinha, pílula ou DIU. Mas entre saber e usar, há um abismo”, afirma a dra. Fernanda Surita, ginecologista do Hospital da Mulher de Campinas-SP. Os profissionais apontam, ainda, para um fenômeno chamado “pensamento mágico”. O casal dificilmente acredita que a gravidez vá de fato acontecer com eles. Muitos pensam que “é só uma vez, então não vai acontecer nada”.

Já em relação à maternidade em idade avançada, também tem se tornado um fenômeno mais comum em nossa sociedade nas últimas décadas. A maior preocupação com a preparação acadêmica tem levado as mulheres a estabelecer novos objetivos profissionais, aumentar sua participação no mercado de trabalho e atrasar a vida conjugal e a maternidade em muitos casos. Isso, junto com o uso de métodos anticoncepcionais na busca por uma estabilidade econômica antes de formar família, as diferentes formas de relacionamentos afetivos que se expressam hoje e os avanços da medicina que permitem a gravidez em alguns casos, mesmo que a mãe já não seja jovem, são alguns dos fatores que influenciaram o atraso na idade da maternidade.

No entanto, a biologia das mulheres não tem mudado, e a fase considerada mais fértil e com menor risco na gravidez e pós-parto é dos 25 aos 29 anos, mas com as mudanças sociais considera-se aceitável até os 35 anos de idade. Não há dúvidas entre os cientistas de que a fertilidade natural vai diminuindo progressivamente ao longo da vida. E não são só elas que “sofrem” os efeitos do tempo nesse quesito. Homens também têm sua fertilidade diminuída após os 35 anos, e de acordo com estudos recentes, na medida em que os pais têm filhos quando estão mais velhos, aumenta a chance de os bebês nascerem com problemas.

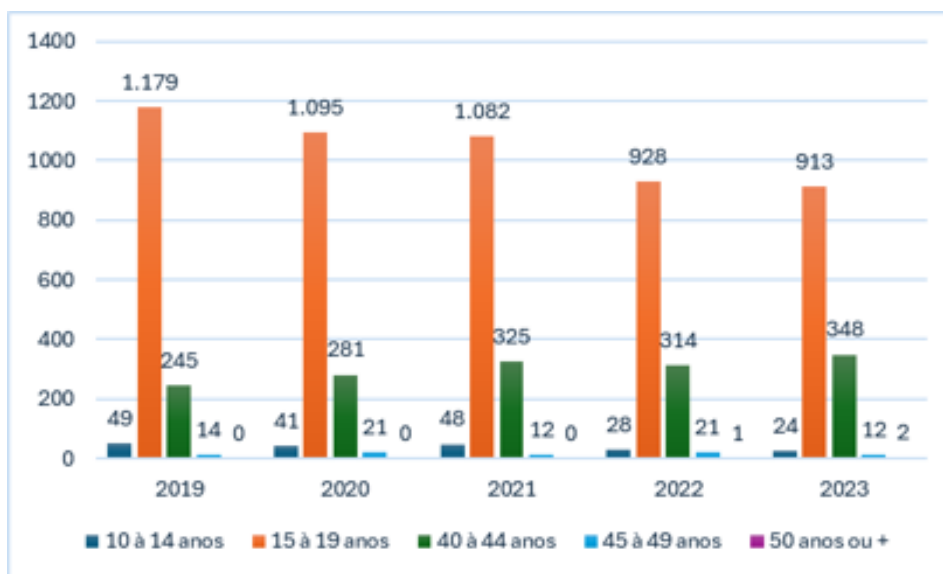
Entretanto, há muita falta de informação sobre fertilidade. As escolas que oferecem aulas de educação sexual, se concentram geralmente na prevenção da gravidez, e, por isso, muitos homens e mulheres entram na idade adulta sem ter nenhuma informação sobre fertilidade.

Quando falamos da gravidez nesse momento da vida que a mulher tem ou está acima de 35 anos, ela implica alguns riscos adicionais, principalmente ao que se refere às aneuploidias

(alterações no número de cromossomos nas células do feto, para mais ou para menos); à medida em que a mulher vai envelhecendo, ela vai aumentando as chances de produzir fetos com essas condições. Os riscos também implicam em abortamento, e nas mulheres que tiveram gestações anteriores, como pacientes que passaram por múltiplas cesáreas, elas têm mais chances de ter uma placentação anormal, como placenta prévia, condições que determinam riscos para a gravidez, principalmente no que se refere a hemorragias. A partir dessa idade, as mulheres também têm mais probabilidades de já estar acometidas por doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes prévia à gestação. Então, nesses casos.

Diante desses argumentos entendemos que observar a idade das mães é um fator determinante para a perspectiva do desenvolvimento de políticas públicas que causem impactos positivos na qualidade de vida de dessa população. Observamos a seguir que temos um número considerável de NV provenientes de mães adolescente e jovens, apesar de vermos um decréscimo nos últimos dois anos, ainda é um número preocupante. Contudo o que chama mesmo atenção é o aumento de gravidez tardia, com casos inclusive de mães com mais de 50 anos de idade.

**Gráfico 07 - Série História de 2019 a 2023 de Nascidos Vivos na Região Sul, segundo idade da mãe (exceto 20 a 39).**



## **Raça/Cor da mãe**

Quanto a raça e a cor das gestantes é importante estudar esse dado para entender as desigualdades raciais na saúde da mulher e as suas consequências, principalmente para as mulheres negras que são mais propensas a ter desfechos obstétricos desfavoráveis, bebês como baixo peso ao nascer, parto prematuro e restrição do crescimento intrauterino. Essas desigualdades estão relacionadas a fatores socioeconômicos, como pobreza e baixo nível de escolaridade. As mulheres negras enfrentam a tripla discriminação de gênero, raça e classe, o que impacta no acesso aos serviços de saúde. A raça/cor não é um marcador biológico ou genético, mas uma construção social que pode influenciar a saúde.

Para avaliar as iniquidades em saúde no Brasil, é necessário resgatar as diferenças históricas que determinaram as múltiplas formas de viver, adoecer e morrer no País. As condições de vida da população negra brasileira impactam diretamente na sua saúde, e o racismo institucional, entendido como a incapacidade dos serviços de lidar com as diferenças étnicas, estimula a violação dos direitos humanos, em especial, no tocante às mulheres negras, que sofrem tanto com o sexismo quanto com o racismo

A Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra é resultado das contínuas e intensas ações do movimento negro junto ao Ministério da Saúde, que permitiram avanços no que se refere à utilização do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, e ampliação da percepção da influência da raça, para além dos riscos físicos, biológicos ou geneticamente determinados, envolvendo as situações de saúde agravadas pelas condições de vida da população negra no Brasil e pela dificuldade de acesso e/ou assistência à saúde adequada.

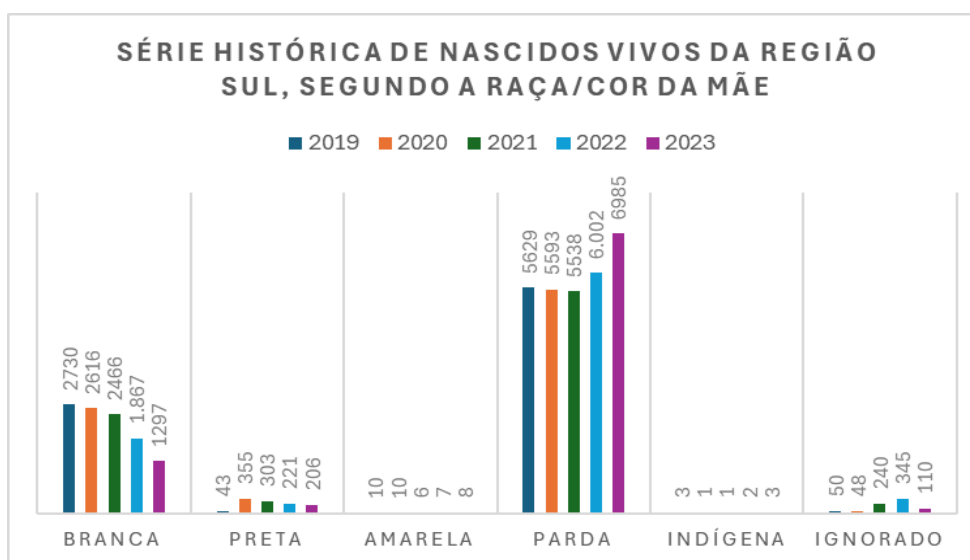
O termo raça/cor diz respeito a características fenotípicas, em especial a cor da pele; já a etnia enfatiza as características socioculturais. No Brasil, a classificação oficial de identificação racial utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é baseada na cor da pele e contempla cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena.

A morbimortalidade materna da mulher negra pode estar relacionada à predisposição biológica das negras para doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus, mas também aos fatores relacionados à dificuldade de acesso ao sistema de saúde, à baixa qualidade do

atendimento (por razões sociais ou de discriminação) e à falta de ações ou de capacitação dos profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas.

Assim, é preciso que estudos que abordem a questão racial na área da saúde no Brasil sejam intensificados, para oferecer subsídios aos profissionais, gestores e à população em geral, a fim de que a assistência à saúde seja mais equânime. O cuidado pode desempenhar um papel importante para atenuar as disparidades em saúde. Portanto, esforços para a melhoria da qualidade, e diretrizes claras para uma prestação de cuidados de pré-natal, parto e pós-parto livre de preconceitos ampliarão o acesso e a qualidade dos cuidados obstétricos para todas as mulheres.

**Gráfico 08: Série Histórica de Nascidos Vivos da Região Sul, período de 2019 a 2023, segundo raça/cor da mãe.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

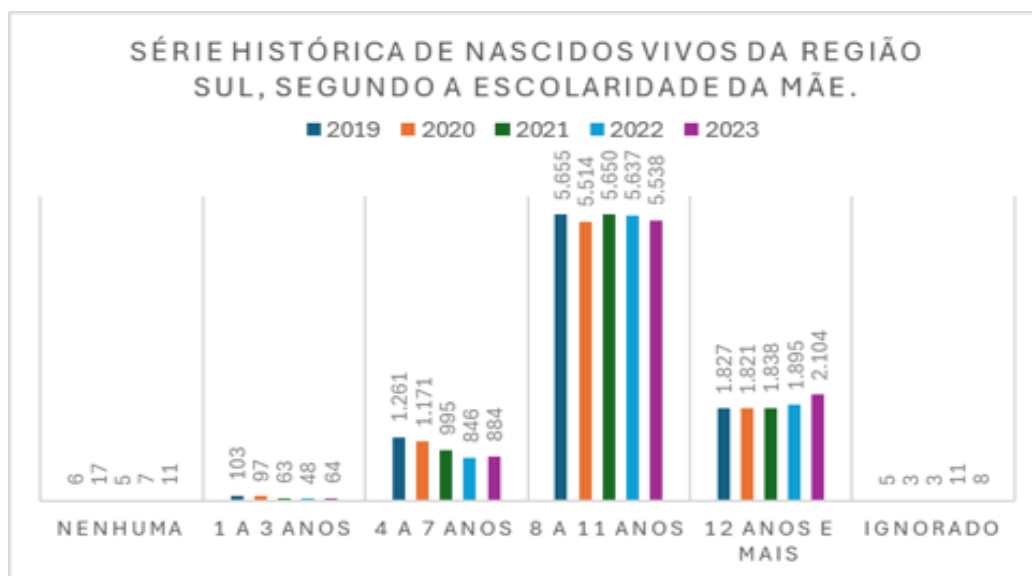
## Escolaridade da mãe

O estudo dos diferentes níveis de escolaridade objetiva identificar a influência que possuem em alguns fatores obstétricos das gestantes. O grau de instrução das gestantes é importante para a saúde da gestante e do recém-nascido, pois pode ser um marcador de risco. Mulheres com menor grau de instrução podem ter menos informações sobre métodos anticoncepcionais e formas de evitar uma gravidez indesejada.

A escolaridade materna também pode estar relacionada com a ocorrência de sífilis na gestação. Mulheres com menor instrução podem procurar acompanhamento pré-natal mais tarde, o que pode atrasar o diagnóstico e o tratamento.

A educação em saúde para gestantes pode ajudar a aumentar a adesão ao pré-natal, pois as gestantes podem perceber a importância de um acompanhamento adequado. Durante a educação em saúde, as gestantes podem aprender sobre: Cuidados com as mamas e importância da amamentação, Sinais de parto, Cuidados com o recém-nascido e acompanhamento da criança, Planejamento familiar e sexualidade.

**Gráfico 09: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo a escolaridade da mãe.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

No gráfico acima, conforme série histórica observamos que a média de mães com até 7 anos de estudo representa 12,5% do total é um quantitativo expressivo e acende o alerta para ações de vigilância na Atenção Primária à Saúde -APS e Rede de Apoio, através Busca Ativa ações em parceria com outras Secretaria e Instituições e Organizações existentes nos territórios. Observa-se ainda que existem registros “ignorados” dessas informações, retratando que muitos profissionais ainda não veem a importância do preenchimento correto dos dados epidemiológicos na Declaração de Nascidos Vivos - DNV do bebê após o atendimento do parto.

### **Assistência de Pré-Natal**

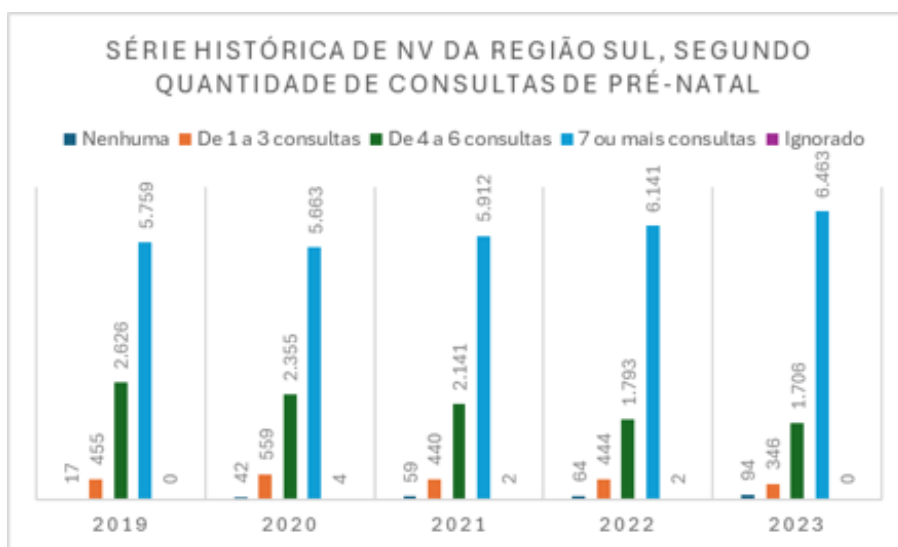
O acompanhamento de pré-natal é outro marcador epidemiológico importante para avaliarmos a qualidade na assistência à saúde da mãe e do bebê, pois interfere diretamente na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e problemas que possam se agravar. O número de consultas de pré-natal é importante porque a periodicidade interfere na constância do acompanhamento e a depender do risco gestacional esse número pode variar.

O Ministério da Saúde recomenda que a gestante faça, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana e semanalmente da 36ª semana até o parto e as gestantes de alto risco podem precisar de um número maior de consultas.

O pré-natal também é importante para avaliar aspectos psicossociais, orientar a mulher sobre temas importantes referentes à maternidade, preparar a mulher para a maternidade, trazendo informações educativas sobre o parto e o cuidado da criança e fornecer orientações essenciais sobre hábitos de vida e higiene pré-natal.

A Rede Alyne, estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2024, tem por objetivo melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, o parto assistido, o cuidado ao pós-parto e ao recém-nascido. De acordo com esse programa, um pré-natal adequado deve ser iniciado até o terceiro mês de gestação, ser composto por, no mínimo, seis consultas de acompanhamento e incluir exames de sangue e de urina.

**Gráfico 10: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo quantidade de consultas de pré-natal.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Na Região Sul, grande parte dos NV tiveram 7 ou mais consultas demonstrando acesso à assistência, contudo, esse acesso não demonstra a efetiva qualidade do pré-natal, pois temos alto índice de parto prematuro.

### **Duração da Gestação**

A prematuridade é um fenômeno multifatorial e, em muitos casos, é difícil identificar uma causa exata. No entanto, muitas dessas causas podem ser evitadas ou controladas no pré-natal. O termo prematuro é usado para todos os casos em que o bebê nasce antes de 37 semanas de gestação e pode ser causado por diversos fatores, entre eles:

- Ausência ou má qualidade no pré-natal;
- Infecções, como infecção urinária, infecções sexualmente transmissíveis ou infecção do útero;
- Doenças crônicas, como hipertensão e diabetes;
- Consumo de tabaco, álcool e outras drogas;

- Múltiplos fetos (como gêmeos ou trigêmeos);
- Peso pré-gravidez alto ou muito baixo;
- Desnutrição;
- Placenta prévia ;
- Descolamento prematuro da placenta; e
- Ruptura prematura das membranas antes do trabalho de parto

A duração da gestação é, sem dúvida, um dos mais importantes fatores determinantes do crescimento intra-uterino. As categorias em que as variáveis são apresentadas na Declaração de Nascido Vivo - DNV obedecem às determinações da OMS, referidas na 10ª Revisão da CID-10 (OMS, 1995). No quadro a seguir, essas categorias são apresentadas de forma detalhada em semanas e dias, também, segundo proposta da OMS, em grupo por gestação pré-termo, a termo e pós-termo.

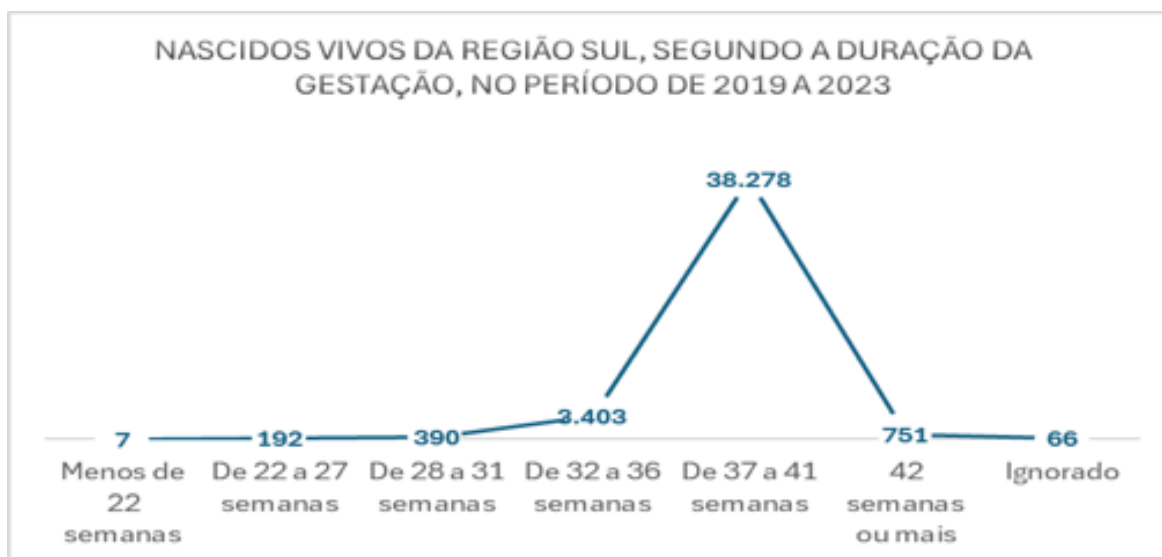
#### Quadro 2: Categorias de Classificação da DNV.

Em semanas detalhadas	Equivalência em dias	Grupos
< 22 22 a 27 28 a 31 32 a 36	Menos de 259	Pré-termo (<37 semanas)
37 a 41	259 a 293	Termo (37 a 41 semanas)
42 ou mais	294 ou mais	Pós-termo (42 ou mais semanas)

Fonte: 10ª Revisão da CID-10, 1995.

É importante salientar que, conforme definição internacional, se o conceito nasce com sinais vitais ele já é considerado Nascido Vivo - NV, não sendo importante estudar o tempo de gestação. Contrariamente, para fetos que venham à luz sem sinal de vida, o estabelecimento da duração da gestação é fundamental para a investigação do óbito e determinação da causa base.

**Gráfico 11: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo a Duração da Gestação.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

De acordo com o Observatório da Infância da UNICAMP e segundo os dados coletados no SINASC até 2019, o Brasil teve 2,9 milhões de partos prematuros com bebês nascidos vivos, sendo que aproximadamente 315 mil (11%) foram antecipados. No ranking mundial, estamos entre as 10 nações em nascimentos prematuros. Na série histórica apresentada acima, é possível constatar que 9,26% dos partos da Região Sul foram resultados de partos prematuros, evidenciando a necessidade de melhorar a qualidade na assistência ao pré-natal.

O parto prematuro pode ter consequências graves para o recém-nascido, como:

- Problemas respiratórios, metabólicos, hemodinâmicos, infecções, hemorragia intracraniana, distúrbios oculares e neurológicos;
- Atraso no desenvolvimento, paralisia cerebral e distúrbios de aprendizagem;
- Déficits de atenção, hiperatividade e dificuldades de aprendizagem;
- Doença pulmonar crônica, sequelas auditivas e relacionadas à visão;

- Dificuldade para se alimentar, pois não conseguem coordenar a respiração e a deglutição; e
- Dificuldade em permanecer despertos, perceber imagens e sons e responder positivamente ao toque, dentre outras.

A prematuridade extrema é a causa mais frequente de morte de recém-nascidos. Quando o parto é mais tardio, as complicações costumam ser leves, mas o bebê precisa ficar em observação por alguns dias.

O custo dos bebês prematuros para a saúde pública brasileira é superior a R\$ 8 bilhões por ano. Em 2018, o custo médio de internação de um bebê prematuro em um hospital público foi de: R\$ 1.120,00 para prematuros tardios; R\$ 6.688,00 para prematuros moderados; e R\$ 17.395,00 para prematuros extremos.

Ao analisarmos os custos de cada grupo de recém-nascidos, observamos que os recém-nascidos pré-termo extremos apresentam um custo médio por bebê de aproximadamente 3 vezes maior que os moderados e 15 vezes maior que os tardios. O aumento de cada semana na idade gestacional e de cada grama de peso do bebê se associa a uma diminuição dos custos e do tempo de internação (Domingues, 2012).

Demonstrou ainda que cada consulta adicional de pré-natal também foi associada à redução desses custos. Essa redução pode estar relacionada à diminuição de complicações perinatais à medida que o pré-natal é realizado adequadamente. Esse dado é relevante, pois a ausência de acompanhamento pré-natal pode aumentar em até 2,8 vezes o risco de prematuridade (Domingues, 2012).

### **Peso ao nascer**

O peso ao nascer é um importante marcador das condições intrauterinas em que a criança foi submetida durante o período gestacional, também é o fator individual de maior influência na saúde e sobrevivência da criança recém-nascida e reflete as condições nutricionais da mãe durante a gestação:

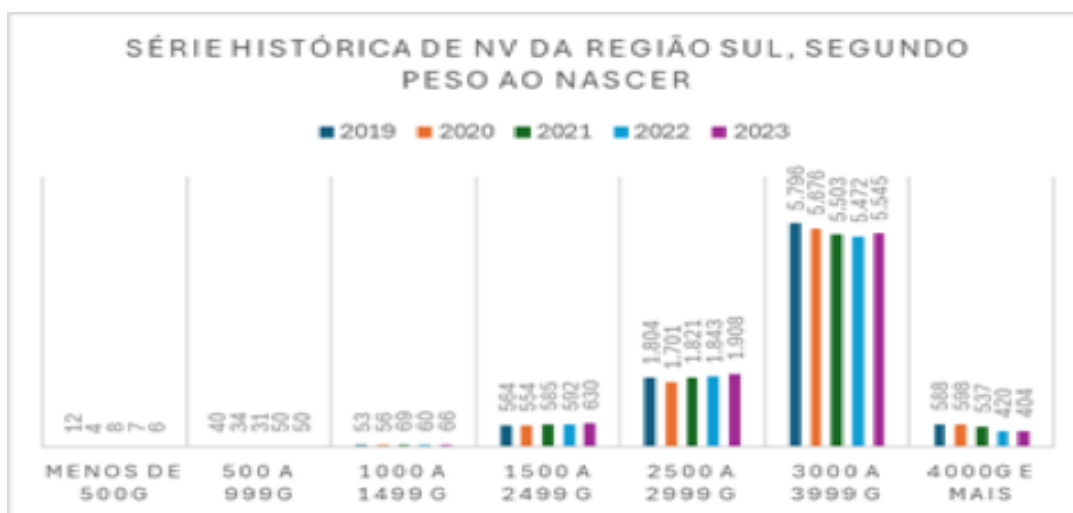
- É usado para classificar o recém-nascido de acordo com o risco de morte e doenças;

- Permite avaliar a qualidade do serviço de saúde de uma região;
- Ajuda a identificar fatores de risco para ocorrência de alterações nutricionais e de crescimento físico; e
- Possibilita a adoção de medidas preventivas e curativas adequadas.

A maioria dos bebês nascidos entre 37 e 40 semanas de gestação pesa entre 2,5 e 4 kg, bebês abaixo ou acima desse intervalo são considerados abaixo ou acima do peso, respectivamente. A média de peso de um recém-nascido no Brasil é de 3.249 gramas, sendo considerado peso normal entre 3.000 e 4.000 gramas. O baixo peso ao nascer é um dos principais fatores de risco para morte neonatal, além de trazer outras consequências para o feto a curto e longo prazo. No outro extremo, a macrossomia fetal aumenta a chance de intercorrências perinatais tanto para o recém-nascido quanto para a mãe, além do risco de desenvolver doenças na vida adulta.

Os recém-nascidos acima de 2.000 gramas, normalmente não são encaminhados para a UTI Neonatal, e vão direto para o quarto. Com menos de 2.000 gramas são internados para ganhar peso, e se tiver mais de 2.000 gramas e tiver algum problema, como por exemplo dificuldade para respirar, também precisará ser internado.

**Gráfico 12: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo peso ao nascer.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS a classificação do peso de um bebê ao nascer é a seguinte:

- Extremamente baixo: inferior a 999g
- Muito baixo: De 1000g a 1499g
- Baixo: De 1.500g a 2.499g
- Insuficiente: De 2500g a 2999g
- Normal: De 3000g a 3.999g
- Excessivo: Superior a 4.000g

O peso do bebê não é necessariamente um indicador da qualidade da saúde dele. No entanto, um peso abaixo do percentil 10 para a idade gestacional é considerado anormal e um fator de risco para complicações neonatais.

Nos dados acima, apresentamos a série histórica dos Nascidos Vivos da Região Sul e observamos que a média de nascidos vivos com peso abaixo de 3.000 gramas nos cinco anos de estudados foi de 29,12%, um número muito preocupante.

### **Teste de APGAR ao nascer**

Para ajudar nessa avaliação é feito o Teste de Apgar que mede a adaptação do recém-nascido à vida fora do útero, identificando se ele precisará de assistência médica. O teste é feito logo após o nascimento pelo médico pediatra, é uma avaliação rápida e indolor, que utiliza uma ferramenta universal para analisar cinco aspectos do bebê: cor da pele, frequência cardíaca, respiração, tônus muscular e reflexos, cada critério recebe uma nota de 0 a 2, totalizando uma pontuação de 0 a 10. Uma nota entre 8 e 10 indica que o bebê não passou por asfixia perinatal, enquanto uma nota entre 3 e 5 indica asfixia moderada. O teste é feito no primeiro e no quinto minuto de vida do bebê.

A escala de APGAR pontua os sinais que o bebê apresenta, de acordo com a tabela abaixo:

### Quadro 3: Escala de Apgar.

Sinal	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Cor da pele	Pele azulada ou pálida	Pele rosada, mas mãos ou pés azulados	Pele rosada
Frequência cardíaca	Sem batimentos	Menor que 100 batimentos por minuto	Maior que 100 batimentos por minuto
Resposta ao estímulo	Não há resposta	Faz caretas quando estimulado	Chora, espirra ou tosse quando estimulado
Tônus muscular	Músculos flácidos, sem movimento	Dedos, braços e pernas dobrados, com pouco movimento	Movimenta ativamente
Respiração	Ausente	Choro fraco, respiração lenta ou irregular	Choro vigoroso

Fonte: <https://www.tuasaude.com/escala-de-apgar/>

No final da avaliação, a pontuação de cada sinal é somada para obter um valor único, que varia de 0 a 10. A interpretação dos resultados tem por base:

- de 0 a 3 - Asfixia grave
- de 4 a 6 - Asfixia moderada
- de 7 a 10 - Boa vitalidade, boa adaptação

O teste é importante para ajudar a detectar problemas respiratórios ou cardíacos, permitindo um tratamento precoce, a nota obtida no teste é registrada na Caderneta da Criança para identificar, mais tarde, as condições do seu nascimento.

Gráfico 13: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo Apgar do 1º minuto.

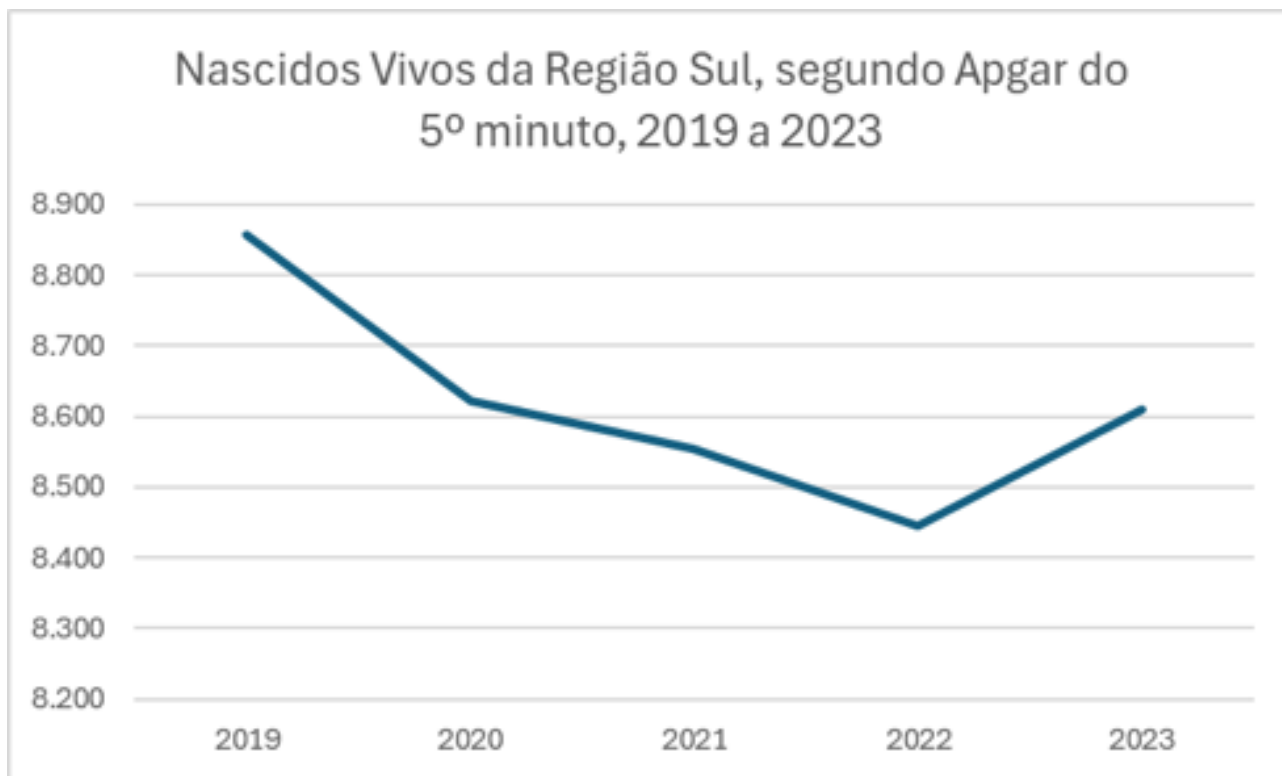


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O resultado do teste de Apgar no primeiro minuto de vida do bebê está relacionado com a asfixia intraparto, enquanto o resultado do quinto minuto está relacionado com eventuais sequelas neurológicas

Embora o resultado da escala de APGAR não consiga prever problemas na saúde do bebê no futuro, existe um maior risco de doenças como paralisia cerebral e epilepsia quando os resultados são muito baixos.

**Gráfico 14: Nascidos Vivos da Região Sul, segundo Apgar do 5º minuto.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Nas séries históricas de NV da Região Sul, quanto ao Apgar, apresentadas acima podemos observar um grande número de informações ignoradas, podendo ser resultado de nascimentos fora do ambiente hospitalar ou por não conseguirem à maternidade, ou ainda fruto de partos sem a presença do pediatra ou equipe de treinada para a realização do teste.

Podemos observar ainda que a Região Sul apresenta uma média, nos cinco anos estudados, de 9,76% dos NV com Apgar do 1º minuto abaixo de 7, é uma média de 1,69% de NV com Apgar do 5º minuto abaixo de 7, sendo que no Brasil, a chance de um bebê nascer com Apgar do 1º minuto abaixo de 6 é de 15%.

Assim como o parto para a mulher constitui, na maioria das vezes, um evento fisiológico, o nascimento também deve ser compreendido sob a mesma perspectiva. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 85% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extrauterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento. Cerca de 10% iniciam a respiração com estimulação e cerca de 5% requerem alguma assistência mais complexa para iniciar sua respiração após o nascimento. Destes

últimos, 3% demandam ventilação com pressão positiva e 2% precisam ser intubados para garantir um suporte ventilatório adequado.

Embora toda a tecnologia necessária para a reanimação deve estar disponível na sala de parto, a assistência ao recém-nascido saudável no momento do nascimento deve facilitar o contato entre mãe e filho e a amamentação logo após o parto. Intervenções somente devem ser realizadas quando necessárias.

Entretanto, no Brasil, a assistência ao recém-nascido a rigor saudável no momento do seu nascimento é caracterizada pelo excesso de intervenções na sua maioria desnecessárias, que podem interferir na vinculação mãe-filho sem trazer benefícios para nenhum dos dois.

Pesquisa, incluindo 18.639, realizada pelo Grupo Nascer no Brasil em 2014, demonstrou que recém-nascidos de gestações únicas com peso  $\geq 2.500$  g e Apgar no primeiro minuto  $\geq 7$ , mostra uso de oxigênio inalatório em 8,8% dos casos, aspiração de vias aéreas superiores e gástrica em 71% e 39,5%, respectivamente, e o uso de incubadora em 8,7% dos recém-nascidos. Somente 28,2% foram colocados em contato pele a pele com a mãe, para 16,1% foi oferecido o seio materno na sala de parto, 69% ficaram em alojamento conjunto e 45,5% mamaram na primeira hora de vida. A discrepância entre a prática dos profissionais e as evidências científicas na assistência ao recém-nascido saudável no Brasil, reafirma a necessidade urgente de mudança no modelo de atenção vigente.

### **Sífilis Congênita**

Outro marcador importante para avaliar a saúde materna e infantil é a incidência de sífilis materna, que sem tratamento ou com tratamento inadequado, pode causar parto prematuro, má-formação do feto, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer e morte fetal. Na maioria das vezes, porém, o bebê nasce aparentemente saudável e os sintomas aparecem nos primeiros meses de vida, como: pneumonia, feridas no corpo, alterações nos ossos e no desenvolvimento mental, surdez e cegueira. Estima-se que a sífilis congênita pode gerar um impacto financeiro superior a R\$ 9,1 milhões aos cofres públicos.

Caso o recém-nascido com Sífilis Congênita apresente sinais e sintomas e/ou alterações laboratoriais com acometimento do sistema nervoso central faz-se necessário a internação para tratamento da neurosífilis. Ocorre que um dos maiores problemas em relação a esse diagnóstico reside na dificuldade de acesso à punção liquórica, implicando na grande maioria das vezes na manutenção das crianças em ambiente hospitalar por um período de dez dias, para tratamento, independentemente da certeza do envolvimento do sistema nervoso central.

A falta de condições de algumas unidades hospitalares para realizar o diagnóstico de neurosífilis em crianças com Sífilis Congênita tem gerado custos adicionais ao SUS, situação grave em um país como o Brasil, já com tantas limitações de recursos para a área da saúde. Para se ter ideia da magnitude desse problema, no período de 2012 a 2017, o Brasil registrou 434.622 internações

hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias em crianças menores de um ano e a Sífilis Congênita foi responsável por 63.615 (14,6%) dessas hospitalizações.

Sífilis, ou Lues, é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*. É curável e exclusiva do ser humano, tendo como principal via de transmissão, o contato sexual, considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível - IST, seguido pela transmissão vertical durante o período de gestação através da placenta. Também pode ser transmitida por sangue contaminado. A sífilis adquirida é aquela contraída durante a vida, após o nascimento, distinguindo-se da sífilis congênita. A notificação de casos de sífilis é obrigatória no Brasil, e os dados oficiais estão disponíveis ao público, sendo um problema de saúde pública.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece gratuitamente o teste rápido para sífilis, que tem resultado em até 30 minutos. O principal tratamento é feito com penicilina, também disponível no SUS nas Unidades Básicas de Saúde - UBS.

A sífilis é um desafio para a saúde pública no Brasil por diversos fatores, como: desinformação, menos utilização de preservativos, dificuldade e resistência na utilização da penicilina benzatina na APS e até desabastecimento do fármaco.

No Brasil, dados divulgados pelo Ministério da Saúde em outubro de 2023 mostraram que, de 2021 para 2022, a taxa de detecção de casos de sífilis adquirida por 100 mil habitantes cresceu 23% (de 80,7 casos por 100 mil habitantes em 2021 para 99,2 casos por 100 mil habitantes em

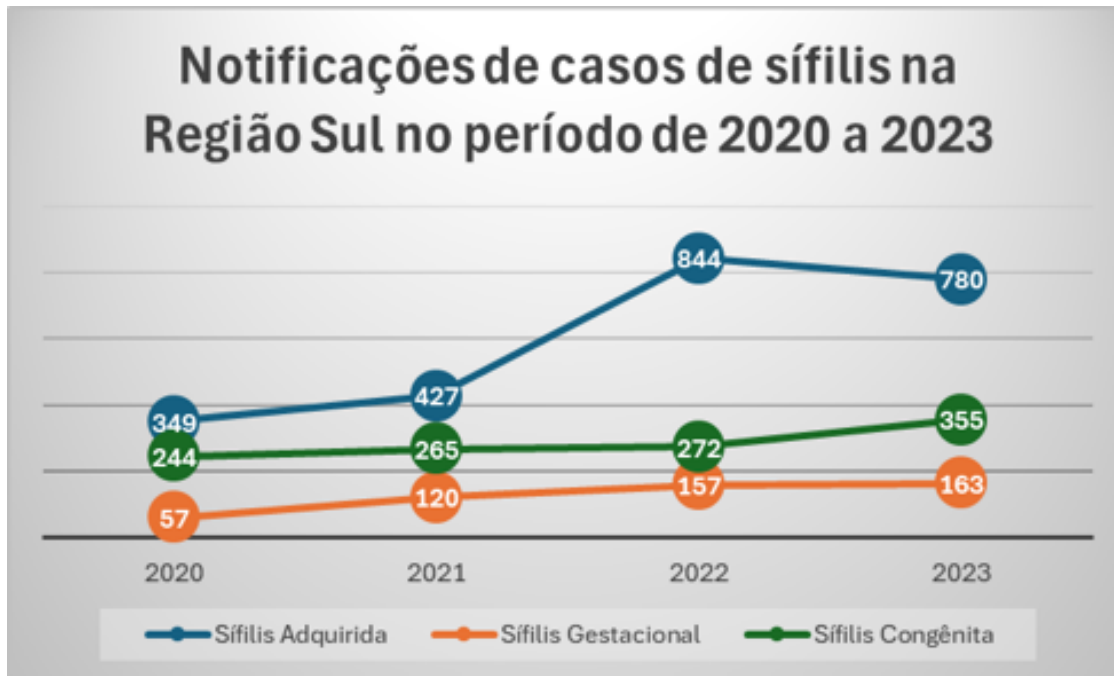
2022). Em 2022, 61,3% dos casos de sífilis adquirida foram notificados em pessoas do sexo masculino, com destaque para as grandes incidências nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos.

A detecção de sífilis em gestantes também aumentou no país, saindo de uma taxa de 28,1 casos a cada mil nascidos vivos em 2021 para 32,4 casos a cada mil nascidos vivos em 2022, um aumento de 15% em relação ao ano anterior.

A chamada razão de sexos, percentual de homens com sífilis para cada dez mulheres com sífilis, passou de 0,6 (seis homens com sífilis para cada dez mulheres) em 2012 para 0,8 (oito homens para cada dez mulheres com sífilis) em 2022. Nesse caso, são contabilizados também os casos de sífilis em gestantes, o que aumenta a participação das mulheres no total de casos de sífilis.

No Brasil, as maiores taxas de sífilis congênita são registradas entre mulheres negras e pardas, e mostrou ainda uma conexão entre essas mulheres e um baixos níveis de escolaridade, refletindo a desigualdade e o racismo subjacentes existente na saúde pública. Grupos de mulheres vulneráveis, como as que estão desalojadas ou que lutam contra o abuso de substâncias, são também fortemente atingidos pela doença. O aumento das IST nos últimos, incluindo a sífilis, está provavelmente relacionado à interrupção dos recursos para a prevenção.

Gráfico 15: Série histórica de Notificações da Região Sul, de casos de sífilis



Fonte: e-SUS/VS.

Obs: O Sistema entrou em funcionamento no final de 2019.

Outra doença infecciosa comum com bastante relevância para o nosso estudo é a toxoplasmose, pois geralmente não apresenta sintomas. No entanto, se uma gestante for infectada, pode transmitir a doença para o feto, o que pode levar a graves consequências como aborto, nascimento prematuro, icterícia, macrocefalia ou microcefalia, crises convulsivas, danos neurológicos, deficiência mental e cegueira.

### Toxoplasmose Congênita

A toxoplasmose é uma doença provocada pelo *Toxoplasma gondii*, um protozoário intracelular obrigatório e parasita de humanos, pássaros, roedores e outros animais.

Uma pessoa pode adquirir a doença por meio da ingestão de oocistos (forma de resistência do parasita) em água e alimentos contaminados (frutas e vegetais), ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos (principalmente carne de porco e carneiro), ou a ingestão de

oocistos provenientes do solo, areia e latas de lixo contaminadas com fezes de gatos infectados.

Os oocistos também podem ser disseminados pelo ambiente por meio de baratas, moscas e formigas. Cães com o hábito de se esfregar em fezes de gatos podem ter seus pelos contaminados com oocistos.

Para prevenir a toxoplasmose, é importante não ingerir carnes cruas ou mal passadas, lavar as mãos com água e sabão após manusear carne crua ou mal cozida, evitar o contato com o solo sem proteção e evitar o consumo de água não filtrada.

Como vimos, gestantes que apresentam a doença podem transmiti-la para o feto, o que pode levar à toxoplasmose congênita. A infecção transplacentária ocorre em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gestação. A probabilidade de transmissão da mãe para o feto aumenta com o avançar da gravidez: 10-25% no primeiro trimestre, 30-35% no segundo trimestre e 60-80% no último trimestre. Todas as gestantes devem fazer a sorologia para toxoplasmose na primeira consulta de pré-natal.

Segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia, a toxoplasmose em fetos pode variar de assintomática à letal, dependendo da idade do feto e de outros fatores não conhecidos. O primeiro trimestre da gestação é o mais crítico. Nesse período, a infecção pode acarretar lesões mais graves. Quando a infecção ocorre no segundo trimestre da gestação, o bebê pode mostrar sinais de inflamação no cérebro (encefalite), com convulsões e calcificações no cérebro. Também pode apresentar microcefalia (diminuição no tamanho do cérebro e da cabeça) com hidrocefalia (acúmulo de líquido no cérebro). Se a infecção ocorre no último trimestre de gravidez, os problemas mais comuns incluem baixo peso, pneumonia, aumento no tamanho do fígado (hepatomegalia) e icterícia (pele amarelada).

O exame de sorologia detecta os anticorpos produzidos para combater a infecção. Cada resultado apresenta uma orientação específica que deve ser seguida para evitar a infecção (caso a gestante seja suscetível) e transmissão para o feto.

### **IgM e IgG negativo**

A gestante está suscetível à infecção, ou seja, pode contrair a infecção durante a gravidez, pois não teve contato prévio com o parasita. Medidas de prevenção são essenciais para evitar a contaminação e transmissão do parasita para o feto.

IgG positivo e IgM negativo

Indica infecção passada. Caso a gestante seja imunocompetente (capaz de produzir uma resposta imunológica eficiente), não há risco para o bebê. Gestantes imunossuprimidas (gestantes com HIV, por exemplo) precisam receber acompanhamento durante a gravidez para evitar uma nova infecção.

### **IgG e IgM positivo**

Indica que a gestante está com a infecção. Quando a IgM é positiva, é necessário realizar um outro exame, que é chamado de teste de avidéz da IgG.

O exame de avidéz do IgG tem por objetivo confirmar infecção aguda. É um exame importante para determinar a época da infecção pelo toxoplasma na gestante. A baixa avidéz de IgG indica infecção aguda. A alta avidéz de IgG indica que os anticorpos foram produzidos há mais de 12-16 semanas, ou seja, indica infecção passada.

### **Mulher em Idade Fértil - MIF**

Uma boa parcela da população total de um território de saúde é de mulheres em idade fértil, definida como a faixa etária de 10 a 49 anos e representa 51,6% da população feminina brasileira. É um período amplo, no qual estão mulheres, adolescentes e adultas, em diferentes situações de vida e em contextos culturais, familiares e sociais em constante mudança.

Em 2008, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 1.119, de 5/6/2008, tornou obrigatória a investigação dos óbitos maternos e dos óbitos de mulheres em idade fértil, independente da causa declarada, com o objetivo de levantar fatores determinantes, possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar eventos semelhantes, norteadas as ações de promoção da saúde e prevenção de óbito de mulher. Estabeleceu também o prazo de 48 horas para a notificação e o prazo máximo de 120 dias para a conclusão de todo o processo investigatório.

No período de 2012 a 2022 foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 14.659 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que a maior frequência foi no ano de 2021, com um total de 1.743 óbitos. Os óbitos foram mais frequentes na faixa etária entre 40 a 49 anos (48,74%), seguidos da faixa etária entre 30 a 39 anos (27,92%) e 20 a 29 anos (15,24%). No mundo, os óbitos de mulheres em idade fértil corresponde a 24% das mortes, e no Brasil, 16% do total de óbitos femininos.

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

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

A redução da mortalidade de mulheres em idade fértil é importante porque as mulheres estão no estágio mais produtivo da vida. Para isso, é necessário planejar ações que otimizem os recursos e melhorem a qualidade de vida e saúde das mulheres.

### **Óbitos Maternos**

Morte Materna ou Óbito Materno é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

A Razão de Mortalidade Materna - RMM é um indicador de saúde que relaciona o número de mortes de mulheres por causas relacionadas à gestação, parto e puerpério com o total de nascidos vivos. A RMM é calculada por 100 mil nascidos vivos e é um dos indicadores globais de saúde mais importantes.

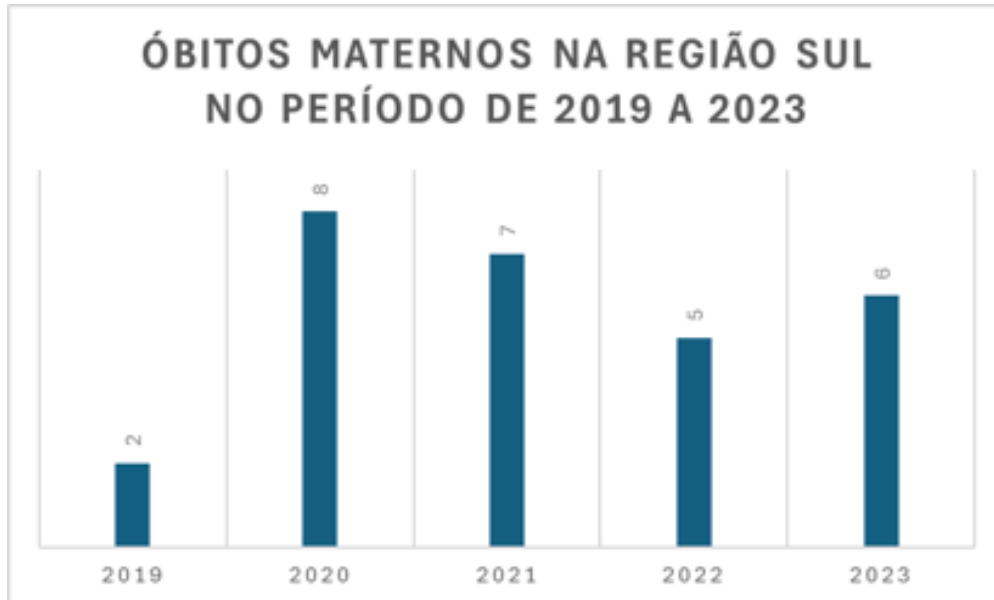
A RMM é um indicador que serve para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e a atenção à mulher, além de apoiar gestores municipais na adoção de ações e medidas. No período de 2012 a 2022 no Espírito Santo atingiu o valor máximo (93,33) em 2021 e mínimo (39,31) em 2016. O resultado deste coeficiente em 2021 reflete uma parte dos prejuízos que a pandemia causou, pois, a gestante e a puérpera eram considerados grupo de risco para a COVID-19 e grande parte dos óbitos registrados em 2020 e 2021 foram em decorrência da COVID-19.

Dentre as principais causas de óbitos maternos no Estado estão: 1) Outras doenças da mãe (hematológicas, neurológicas, metabólicas, cardiológicas, respiratórias, psiquiátricas, etc.) classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério; 2) Doenças hipertensivas da gravidez; 3) Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério (aqui predominantemente a COVID-19 como doença infecciosa); 4) Infecção puerperal; 5) Hemorragia pós-parto. O ano de 2022 apresentou um retorno aos patamares anteriores à pandemia, mas o Estado ainda precisa percorrer um longo caminho até reduzir para 30 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos e atingir a meta estabelecida nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS.

A faixa etária entre 30 e 39 anos apresenta o maior número de óbitos maternos, essa incidência pode estar relacionada a fatores como maior número de gestações, condições de saúde pré-existentes, ou acesso limitado aos serviços de saúde. A maior incidência de óbitos na categoria "Parda" e "Não informada" pode indicar desigualdades raciais no acesso à saúde e à qualidade da assistência obstétrica. A identificação das causas diretas e indiretas de morte materna é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle. Ações como o fortalecimento da atenção

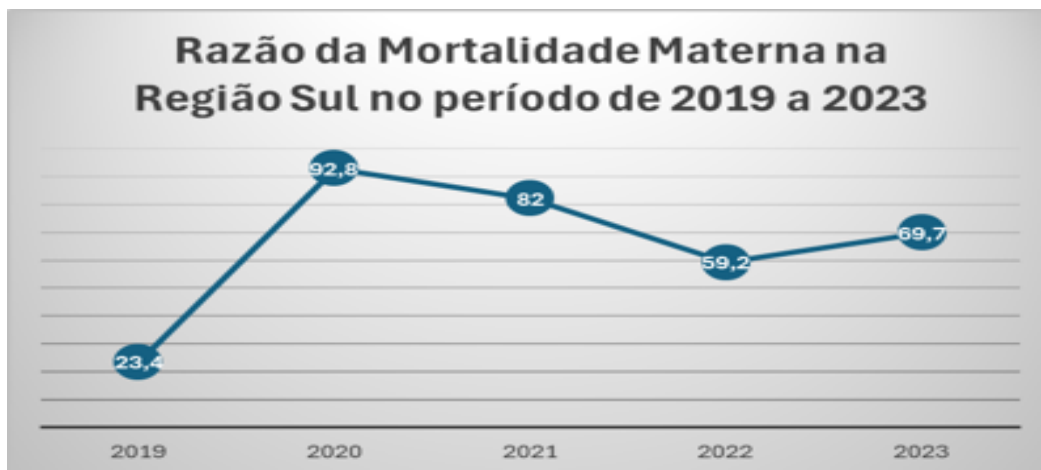
pré-natal, o acompanhamento de doenças crônicas durante a gravidez e o acesso a serviços de qualidade contribuem para redução da mortalidade materna.

Gráfico 16: Série Histórica do número absoluto de óbitos maternos na Região Sul.



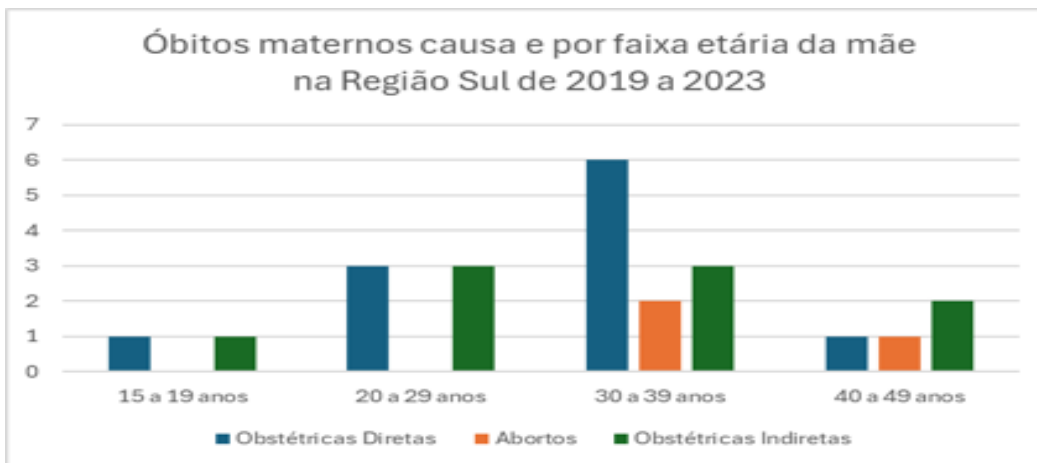
Fonte: Tabnet/SESA/ES

Gráfico 17: Série Histórica da Razão de Mortalidade Materna da Região Sul.



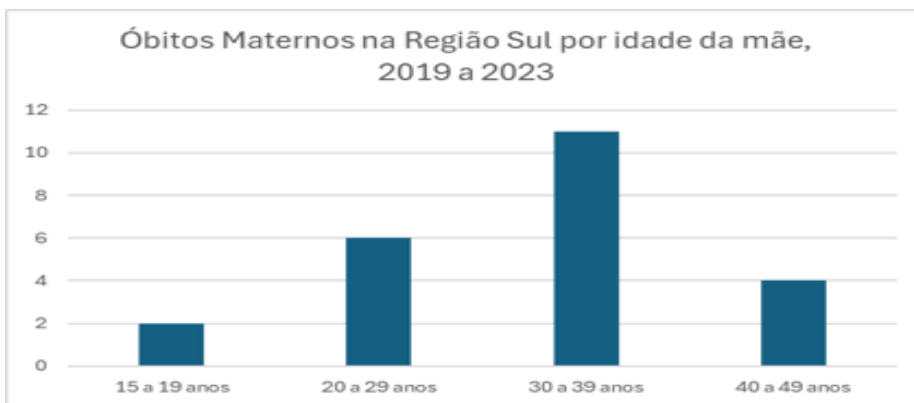
Fonte: Tabnet/SESA/ES

**Gráfico 18: Número total de óbitos maternos por Causa e Faixa Etária da Mãe da Região Sul de 2019 a 2023.**



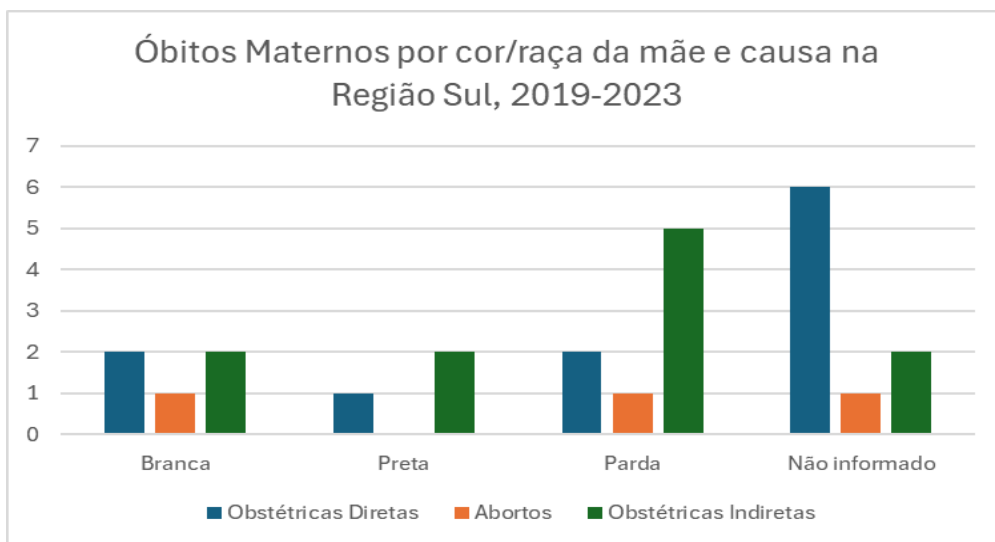
Fonte: Fonte: Tabnet/SESA/ES

**Gráfico 19: Número total de óbitos maternos por Faixa Etária da Mãe da Região Sul de 2019 a 2023.**



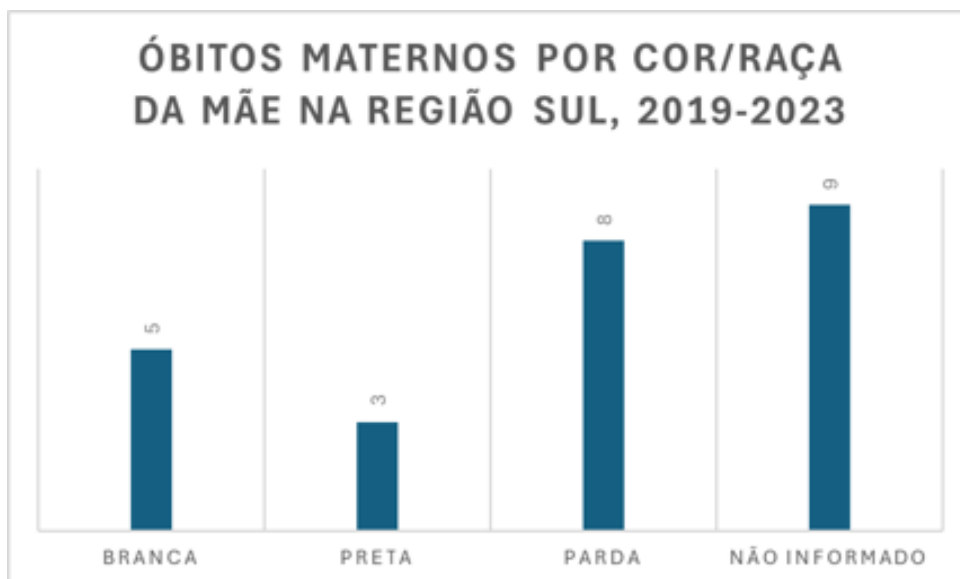
Fonte: Fonte: Tabnet/SESA/ES

**Gráfico 20: Número total de óbitos maternos por Raça/Cor e Causa do Óbito da Região Sul de 2019 a 2023.**



Fonte: Tabnet/SESA/ES

**Gráfico 21: Óbitos Maternos por raça/cor da mãe na Região Sul, 2019-2023.**



Fonte: Tabnet/SESA/ES

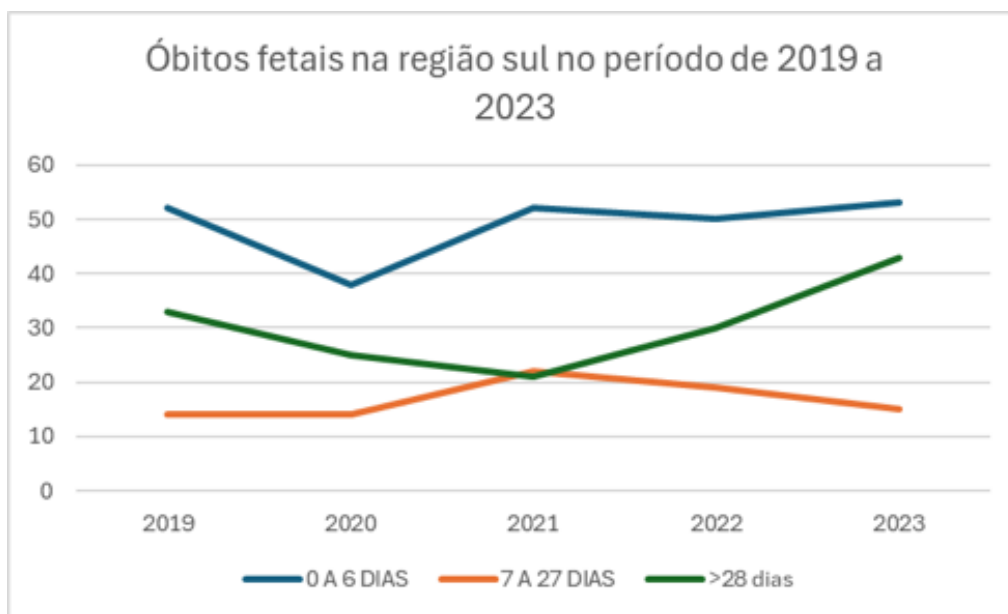
## Óbitos Fetais

A taxa de mortalidade fetal (TMF) é considerada um dos melhores indicadores de qualidade de assistência prestada à gestante e ao parto.

A mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida.

Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. A investigação dessas mortes é uma importante estratégia de redução da mortalidade infantil e fetal, contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

**Gráfico 22: Série Histórica do número de Óbitos Fetais por dias de vida, na Região Sul.**



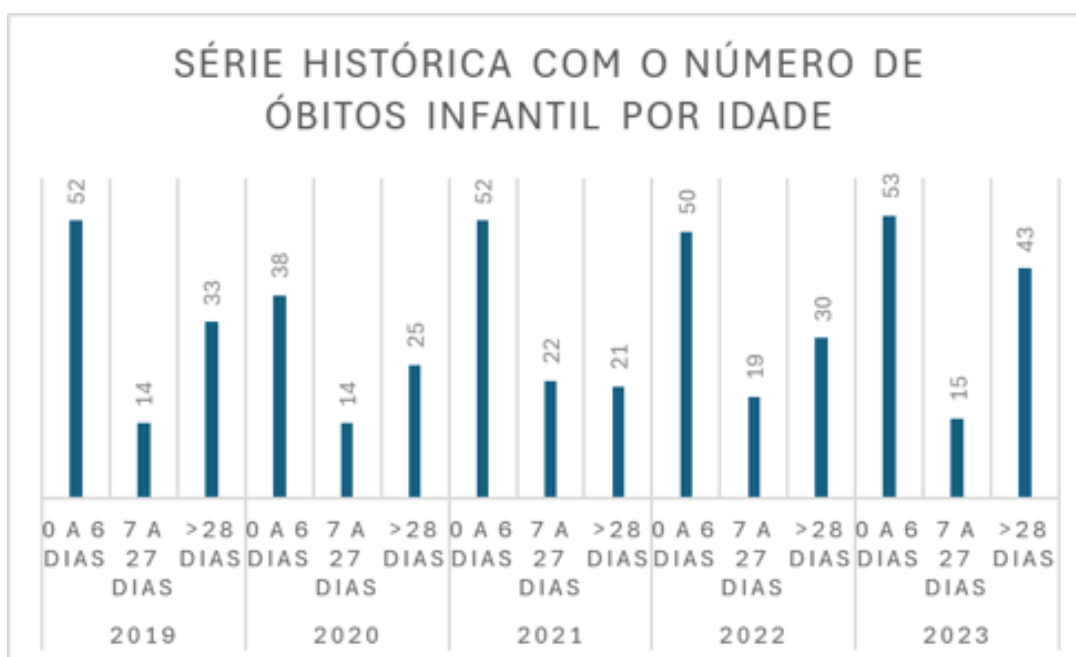
Fonte: Tabnet/SESA/ES

## Óbitos Infantis

Uma das principais causas de morbimortalidade perinatal é a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido. Fetos com 37 a 38 semanas de gestação, quando comparados

a fetos de 39 a 40 semanas, possuem 120 vezes mais chances de necessitarem suporte ventilatório. Assim, o nascimento antes de 39 semanas deve ser realizado somente por fortes razões médicas (Martins-Costa et al, 2002).

**Gráfico 23: Série Histórica com o Número de Óbitos Infantil por idade:**



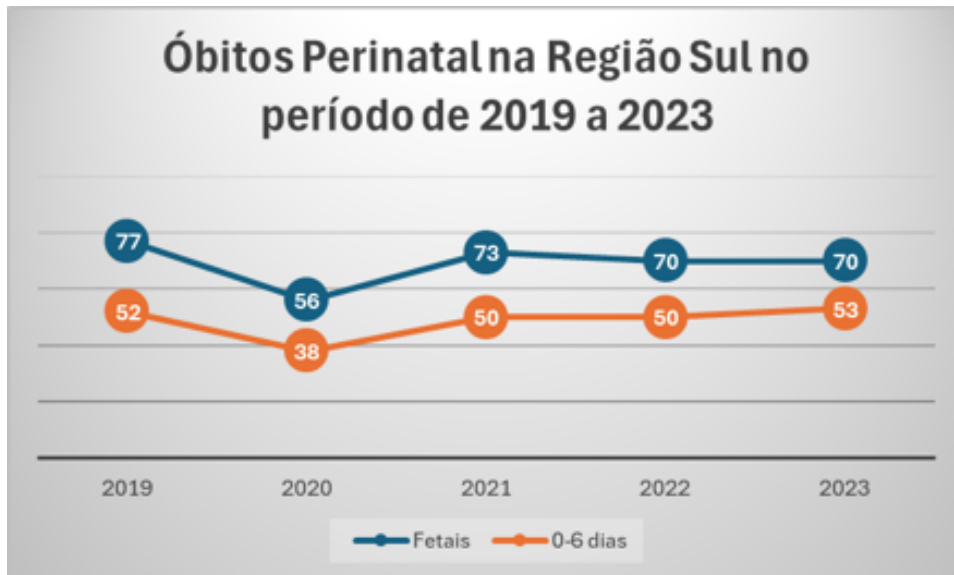
Fonte: Tabnet/SESA/ES

### Taxa de mortalidade perinatal

Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida. Reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto.

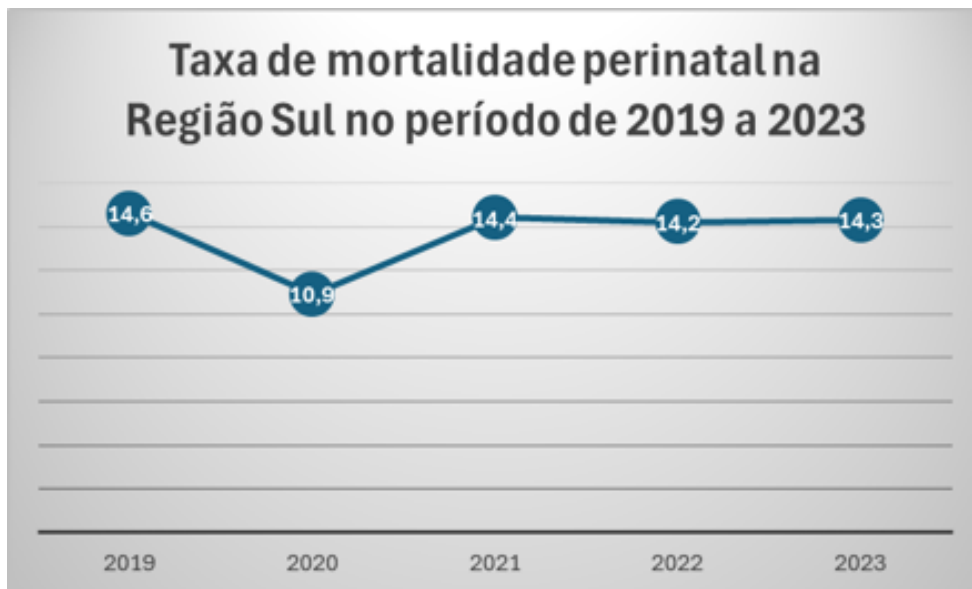
Cálculo: Número de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação (154 dias) acrescido dos óbitos ocorridos até o 7º dia completo de vida, em determinado local/ano, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local/ano, multiplicado por 1000.

Gráfico 24: Série Histórica do Número Absoluto de óbitos perinatais na Região Sul.



Fonte: Tabnet/SESA/ES

Gráfico 25: Série História da Razão de Mortalidade Perinatal na Região Sul.



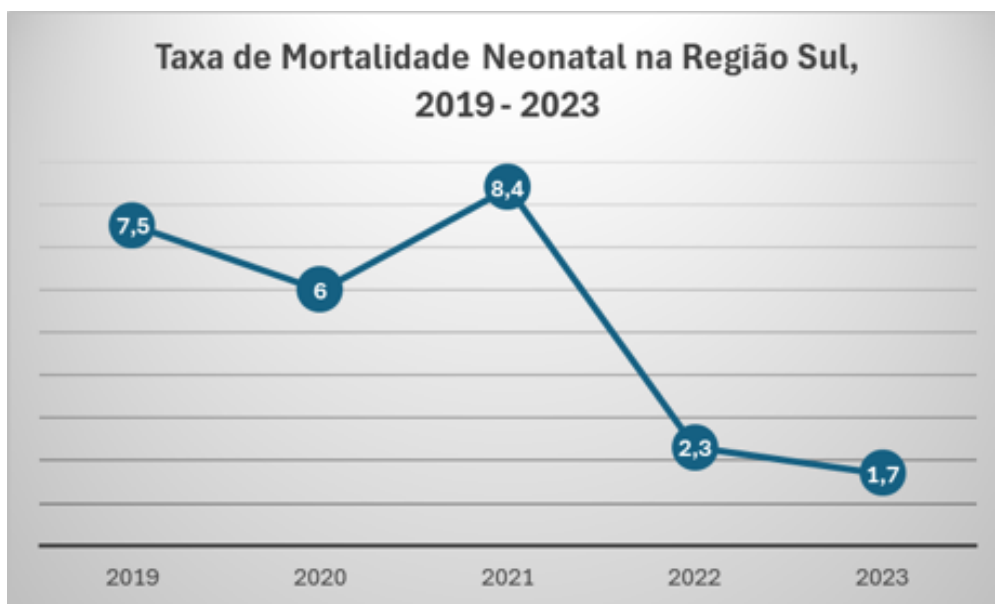
Fonte: Tabnet/SESA/ES.

## Taxa de Mortalidade Infantil (Neonatal e Pós-neonatal)

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador que contribui na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. A Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) refere-se ao número de óbitos de 0 a 27 dias a cada mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado.

Cálculo: Número de óbitos de crianças residentes com 0 a 27 dias de vida em determinado local/ano, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local/ano, multiplicado por 1000.

**Gráfico 26: Série Histórica da Razão de Mortalidade Neonatal na Região Sul.**



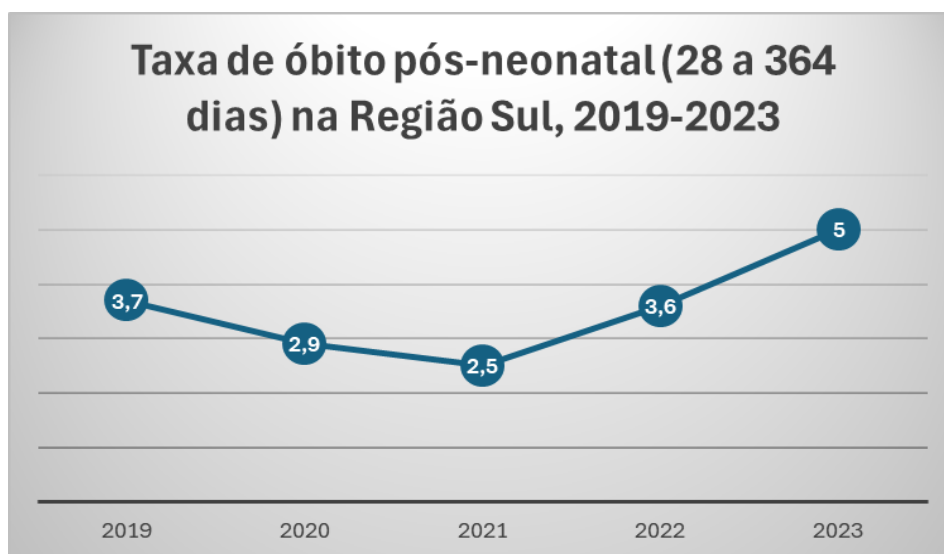
Fonte: Tabnet/SESA/ES.

A Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (TMPN) expressa o número de óbitos de crianças entre 28 a

364 dias de vida, a cada mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado.

Cálculo: Número de óbitos de crianças residentes com 28 e 364 dias de vida em determinado local/ano, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 1000.

**Gráfico 27: Série Histórica da Razão de Mortalidade Pós-Neonatal (28 a 364 dias).**



Fonte: Tabnet/SESA/ES.

O Brasil assumiu como meta pactuada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS, 2015), enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por mil nascidos vivos até o ano de 2030.

## VII – REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL

A Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, em consonância com a Rede Cegonha instituída nacionalmente em 2011, e mais recentemente atualizada com Rede Alyne, em 2024, vem desenvolvendo ações para a construção de uma rede de cuidados que assegure à mulher e à criança o acesso a serviços e ações de planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto, aborto e puerpério, bem como ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, de forma



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



eficiente e resolutiva, objetivando a resposta adequada e em tempo oportuno, com ênfase no enfrentamento a mortalidade materna e infantil.

Após a criação e implementação da Rede Cegonha no Brasil (2011) o Estado do Espírito Santo criou a Rede Bem Nascer (2012) com o objetivo principal de contribuir para a diminuição da mortalidade materno-infantil no Espírito Santo e também garantir um cuidado integral para gestantes, puérperas e bebês, com serviços que promovem segurança, acolhimento e humanização.

Mais de 85% dos óbitos materno e infantil poderiam ser evitados por meio do acesso adequado aos serviços de saúde com qualidade garantida no pré-natal, no parto e no atendimento do recém-nascido. A Rede Bem Nascer foi criada para superar esses obstáculos, por meio de uma estratégia que prevê uma série de ações na assistência a esse público-alvo, abrangendo desde o pré-natal até os primeiros cinco anos de vida da criança.

Para atingir essa meta, a Rede Bem Nascer organizou os serviços de forma integrada de acordo com os níveis de complexidade – desde a atenção básica até a terciária. Um dos pontos principais da iniciativa é o investimento de recursos estaduais em projetos prioritários que foram investidos na reforma bem como ampliação das maternidades de referência desde adequação de estrutura física, aquisição de equipamentos, ampliação de leitos, construção de UTIN, ambiência e humanização do atendimento nas maternidades.

A Rede Bem Nascer redesenhou o mapa assistencial materno infantil no Espírito Santo onde 20 maternidades de alto risco, risco habitual ou ambas, passaram a ser referência para cada uma das quatro regiões de saúde do Estado (Norte, Central, Metropolitana e Sul). Os recursos foram alocados de acordo com a necessidade de cada unidade, desde que abranjam adequação de estrutura física e aquisição de equipamentos hospitalares bem como a garantia do parto seguro com equipes completas durante 24 horas nos 7 dias da semana.

As maternidades que atenderam os critérios estabelecidos do Espírito Santo com destaque para a região de saúde estavam localizadas geograficamente para poder prestar um serviço mais próximo possível do domicílio das gestantes, a partir deste momento começaram a vinculação das gestantes a sua maternidade de referência segundo risco gestacional, evitando

assim peregrinações por maternidades, passou a ser garantida a visita a maternidade por parte da gestante e parceiro.

Apesar das diversas iniciativas desenvolvidas em nossa região nos últimos anos, continuamos a vivenciar problemas na sistematização da assistência da gestação, parto e puerpério, desrespeitando direitos básicos de cidadania e colocando em risco a vida de mulheres e recém nascidos. Entre estas estão a segmentação e falhas de comunicação entre os diversos pontos de atenção que compõem a Rede Atenção Materna e Infantil: unidades básicas de saúde, pronto atendimento, serviços especializados e maternidades, além da intervenção excessiva sobre o parto. Desafios que somente com a implantação de políticas públicas regionais e o comprometimento de todos os "atores" envolvidos será possível superar.

Quando olhamos os desafios estruturantes, nos deparamos com as desigualdades sociais e raciais, racismo institucional, baixa qualidade do pré-natal, subfinanciamento da rede, dificuldade de acesso e qualidade na atenção básica à saúde para o cuidado integral, baixa vinculação entre os serviços e fragilidade no monitoramento, que persistem depois de mais de uma década do advento da rede de cuidado materno e infantil.

Nos últimos anos houve um enfraquecimento da Rede Cegonha e seus resultados não se mantiveram como o esperado. E, na perspectiva de reforçar seu compromisso no enfrentamento às desigualdades na saúde, com melhores condições de cuidado para as gestantes, puérperas e bebês, no dia 12 de setembro de 2024, o Governo Federal lançou a Rede Alyne, estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha, através da, Portaria GM/MS nº 5.350, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e visa reduzir a mortalidade materna em 25%.

Além da expansão das ações voltadas para saúde materno-infantil, a Rede Alyne prevê novos investimentos e busca diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027. A iniciativa homenageia a jovem negra Alyne Pimentel, que morreu aos 28 anos, gestante e vítima de negligência médica. O caso da moça levou o Brasil a ser o primeiro país condenado por morte materna pelo Sistema Global de Direitos Humanos em todo o mundo.

No dia 11 de novembro de 2002, Alyne da Silva Pimentel Teixeira, mãe de uma criança de 5 anos e grávida de seis meses, se sentiu mal e buscou atendimento em uma unidade de saúde

de Belford Roxo (RJ). Sem realização de qualquer exame laboratorial ou de ultrassonografia, ela recebeu um remédio e foi mandada de volta para casa. Dias depois, com o estado de saúde piorado, ela retornou e foi constatado que o seu bebê havia morrido.

Após mais de sete horas de espera, o parto foi induzido para retirada do feto do seu útero, mas não foi bem-sucedido. Ela continuou a passar mal, mas ainda teve que esperar horas por uma cirurgia de curetagem para retirada dos restos. A família foi proibida de visitá-la.

Quando os parentes puderam vê-la, o estado de saúde havia piorado, mas, apesar das condições graves que apresentava, ela ainda teve que esperar 8 horas até a transferência para o Hospital Geral de Nova Iguaçu, por não haver ambulâncias disponíveis. Nas últimas duas horas de vida, Alyne estava em coma e, na transferência, seus registros médicos foram retidos. No dia 16 de novembro de 2022, Alyne Pimentel morreu. A autópsia determinou hemorragia digestiva como causa da morte. Após o óbito, a mãe da moça foi informada pelos médicos da unidade de Nova Iguaçu que o feto morto há dias dentro de Alyne ocasionou seu falecimento.

Cinco anos depois, em novembro de 2007, a família entrou com uma ação no Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Cedaw) da Organização das Nações Unidas (ONU). Quatro anos depois, o comitê emitiu condenação ao Brasil por não prestar atendimento adequado desde o surgimento das complicações, determinou indenização para a família e recomendou políticas para melhoria do atendimento a gestantes pelo serviço público de saúde. Em 2014, o governo federal indenizou a mãe de Alyne e entregou um certificado que reconhece a responsabilidade do Estado na morte da gestante. O caso Alyne Pimentel se tornou um símbolo das desigualdades e da luta por direitos para mulheres no Brasil.

A Rede Alyne está organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil em consonância com o Planejamento Regional Integrado – PRI de forma ascendente, e prevê medidas como:

1. Reestruturação dos serviços de urgência e emergência: para o fim da peregrinação das gestantes, o Ministério da Saúde vai implementar custeio mensal para ambulâncias destinadas à transferência de gestantes e recém-nascidos graves, com estruturação de



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



equipes especializadas em atendimento materno e infantil, com cobertura 24 horas, 7 dias da semana no Complexo Regulatório do SUS.

2. Incentivo ao aleitamento materno: serão feitos novos investimentos para aumentar a disponibilização de leite materno nas unidades neonatais, além de um valor adicional para os bancos de leite humano que alcançarem autossuficiência, atendendo a demanda das unidades neonatais de referência.

3. Novos investimentos: custeio de novos exames incorporados no pré-natal; novo modelo de financiamento por nascido vivo, por local de residência e município do atendimento; e incremento no repasse para leitos, com aumento de valor para Unidades de Cuidado Neonatal Canguru (UCINca) em 240%.

## VIII - ANÁLISE DOS COMPONENTES DA RAMI

O Grupo Condutor da Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul - RAMI-SUL, coordenado pela Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim - SRSCI, junto às Referências Técnicas Municipais da Rede, vem buscando organizar a distribuição dos pontos de atenção de forma a garantir acesso, qualidade e resolutividade na assistência da mulher e da criança.

A Nota Técnica da RAMI-SUL nº 01/2023, enfatiza o papel fundamental da Atenção Primária à Saúde na estruturação da Rede, constituindo a porta de entrada preferencial e o centro de comunicação da assistência à mulher e à criança, atuando de forma integrada com os demais pontos de atenção à saúde e serviços, exercendo o papel de coordenadora do cuidado. Destaca ainda, os pontos de atenção hospitalar, e padroniza para além da estratificação de risco, fluxos de comunicação e logística na região.

### - **Atenção ao Pré-Natal:**

A assistência ao pré-natal tem se fortalecido nas Unidades Básicas de Saúde - UBS da região, que atualmente possuem coberturas municipais de 98% de ESF. Como porta principal de



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



entrada e ordenadora do cuidado, o acompanhamento e a estratificação de risco são realizados conforme protocolos de atendimento pelos enfermeiros e médicos das UBS.

Na ausência de uma diretriz estadual a RAMI-SUL editou pela segunda vez a instrução assistencial que norteará a Região Sul de Saúde do Estado com a Nota Técnica nº 01/2023, na qual constam normativas próprias da Região, que por meio da Estratificação do Risco Gestacional, classifica as gestantes em Risco Habitual e Alto Risco, e por meio desta são direcionadas ao ponto de atenção mais adequado à sua condição.

O acompanhamento da gestante de Alto Risco deve ser compartilhado com o ambulatório especializado municipal ou microrregional, que ainda, na região, segue um modelo centrado no médico, sendo ofertado em 100% dos municípios. O compartilhamento do pré-natal da gestante de Alto Risco é feito entre a UBS e o médico ginecologista/obstetra de referência municipal ou microrregional.

Com a nova orientação da Rede Alyne, cabe à região a estruturação e organização do Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR), não existindo ainda a estruturação deste componente na Rede.

#### - **Atenção ao Parto e Nascimento:**

Com o fortalecimento das políticas públicas, normativas, legislações, diagnósticos e reconhecimento de fragilidades, a região está passando por um processo importante de reorganização dos pontos de atenção ao parto e nascimento.

Buscando a qualificação da assistência e a adequação às portarias sanitárias. Tem buscado junto aos gestores locais que os partos sejam direcionados às maternidades componentes da rede, em vez de maternidades municipais, sem estrutura e inseguras, que culturalmente utilizadas na região.

No processo de construção das Redes de Atenção   Saúde – RAS, uma das estratégias que visam ordenar o cuidado   a adoção de diretrizes específicas para direcionar os diferentes pontos de atenção e serviç os em relação às condições de saúde da população organizados no



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



território, em municípios ou regiões de saúde, sendo dividido em atenção primária, secundária e terciária.

Sob a perspectiva de otimizar os recursos, adequar o manejo clínico e organizar a assistência durante a gestação, balizamos o acesso através da estratificação de risco, para definir o nível de atenção adequado para cada gestante conforme preconizado na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde Nº 03, de 28 de setembro de 2017.

Em 2019 a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS e o Ministério da Saúde - MS se uniram no projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS, o PlanificaSUS, para implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde em todo o país.

Essa planificação veio com a prerrogativa de organizar o acesso ao ambulatório de Atenção Especializada, qualificando e integrando o cuidado junto ao macro processo da Atenção Primária à Saúde, possibilitando assim melhoria no acesso às Redes de Atenção à Saúde - RAS, continuidade na atenção, maior resolutividade e redução nos custos para o sistema de saúde.

Esse documento veio de encontro aos anseios da Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul de Saúde - RAMI-SUL do Estado, que milita na direção de garantir atenção diferenciada e individualizada segundo as necessidades de saúde da mulher no período gravídico e a seus bebês.

Para iniciar, apresentamos o delineamento da estrutura assistencial das unidades de referência no atendimento obstétrico, de urgência e emergência obstétrica e neonatal, tendo como público alvo gestantes de risco habitual e de alto risco dos 26 municípios da Região Sul de Saúde do Estado, conforme pactuações firmadas na Comissão Intergestora Regional Sul – CIR-SUL e definidas conforme segue:

#### Quadro 04: Maternidades de referência da RAMI-SUL.

Risco Gestacional	Pré-Natal	Maternidade de Referência	Municípios Adstritos
Risco Habitual	UBS	Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA	Cachoeiro de Itapemirim, Atílio Vivácqua, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Vargem Alta e Presidente Kennedy.
		Santa Casa Castelense	Castelo
		Hospital São José	Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado
		Hospital e Maternidade Menino Jesus	Itapemirim, Anchieta, Iconha, Marataízes, Piúma, Rio Novo do Sul, Alfredo Chaves
		Santa Casa de Guaçuí	Guaçuí, Alegre, Dolores do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Irupi, Iúna, Muniz Freire
Alto Risco	UBS + Ambulatório Pré-Natal de Alto Risco (Municipal ou Regional) + Serviço de Medicina Fetal e/ou especializado (Quando for o caso)	Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA	Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivácqua, Cachoeiro de Itapemirim, Bom Jesus do Norte, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta.

Fonte: Nota Técnica da RAMI-SUL nº 01/2023.

A prevalência estimada no Brasil de gestantes de risco habitual é de aproximadamente 85%, enquanto que a de alto risco representa de 10 a 15% do total de gestantes (Série Parâmetros SUS – Volume 1, Ministério da Saúde 2015, pág. 12). Contudo temos observado um crescimento no quantitativo de gestantes que apresentam fatores de risco, e no Espírito Santo a Secretaria de Estado da Saúde - SESA adota o percentual de 17% para fins de cálculo assistencial das gestantes de alto risco para evitar desassistência. Dessa forma, objetiva-se o acesso equânime dos diferentes estratos da população de gestantes e recém-nascidos aos serviços de saúde.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Apesar dos avanços da organização hospitalar da rede ainda é um desafio regional os partos realizados em hospitais, de referência municipal, que ainda não se adequaram às normativas de garantia do parto seguro. Esses pontos de assistência fragilizam a rede, uma vez que além do custo aumentando para os municípios, fracionam a mão de obra especializada da região.

- **Atenção ao puerpério e atenção integral à saúde da criança:**

Dos pontos de atenção do componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, a Região Sul, como supracitado, conta com 98% de cobertura de ESF para garantia da atenção à saúde da puérpera, do recém-nascido e da criança na APS.

Possui na rede o Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança (A-SEG), de forma centralizada no município de Cachoeiro de Itapemirim, assim como o Banco de Leite Humano - BLH.

O Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA para além da referência regional para Partos de Alto Risco e assistência Neonatal, mantém o acompanhamento ambulatorial de seguimento e é responsável pelo Banco de Leite Humano da região.

- **Sistemas logístico, de apoio e de governança:**

Com o fortalecimento da RAMI na região, o aprimoramento dos fluxos, a coordenação dos sistemas logísticos e de apoio tem sido primordial para qualificação da assistência.

A organização do transporte das gestantes e crianças é feita por cada município da região, por meio de carros ou ambulâncias, assim como 100% dos municípios dispõe do SAMU para atendimento a urgências e emergências.

O acesso aos pontos de atenção tem sido regulado por ferramentas que têm sido aprimoradas na região de forma a facilitar a coordenação do cuidado e a efetiva comunicação entre os pontos.

Na regulação da assistência ambulatorial, assim como acesso a exames, a região usa-se o Sistema MV-Soul, de acesso a todos os municípios, e atualmente, a todas as UBS.

Como organização da RAMI e busca pela melhoria da comunicação, documentos de vinculação à Rede Hospitalar são utilizados assim como é fomentado o uso de dados bem registrados na Caderneta da Gestante e da Criança.

O prontuário eletrônico já é realidade para 100% dos municípios da região, mas ainda não há uma interoperabilidade entre os sistemas que permita o acesso ao PEC por todos os pontos de assistência, o que torna primordial, para além da caderneta a manutenção do fluxo de encaminhamento, com referência e contrarreferência.

O apoio diagnóstico e farmacêutico é garantido de forma municipalizada, com intervenção do estado em casos pontuais. Para além das farmácias básicas municipais, na região existem 04 Farmácias Cidadãs Regionais e a distribuição por meio da SRSCI de medicações de programas de algumas doenças de agravos específicos.

Os consórcios intermunicipais têm favorecido a organização da Rede na região, organizados por grupos de municípios, favorecendo a oferta de serviços e profissionais.

A governança regional da RAMI vem sendo concretizada por meio de espaços representativos, como a CIR-SUL, Grupo Condutor da RAMI-SUL, Câmara Técnica da CIR e CIES.

## **IX – OBJETIVOS**

### **- Gerais:**

O Plano Regional Integrado da RAMI-SUL, tem como principal objetivo fortalecer a assistência materna e infantil na Região Sul, buscando a equidade regional, através de um planejamento qualificado e ascendente, em prol das ações de saúde ofertadas à população.

### **- Específicos:**

Objetiva, de forma mais específica, seja possível:

- Identificar as necessidades de saúde da população da Região Sul, no que tange a assistência materna e infantil, direcionando e buscando um alinhamento das ações de saúde com as necessidades da população.

- Promover a integração dos serviços de saúde e os municípios.
- Qualificar e fortalecer a Rede.
- Garantir que a mulher e a criança tenham um serviço de saúde que garanta acesso, acolhimento e resolutividade para suas necessidades.
- Garantir os princípios doutrinários do SUS.
- Garantir acesso universal, equânime e integral na assistência.
- Zelar pela continuidade do cuidado de forma segura e resolutiva.
- Estruturar e integrar os diferentes níveis de atenção.

## **X – METAS, INDICADORES E MONITORAMENTO**

A Rede Alyne tem como metas e indicadores:

- Reduzir a mortalidade materna e de bebês em 25% até 2027
- Reduzir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027
- Aumentar a disponibilidade de leite materno nas unidades neonatais
- Triplicar o repasse para exames de pré-natal
- Incorporar novos testes rápidos
- Fortalecer a atenção à saúde da gestante

A Rede Alyne reestrutura a antiga Rede Cegonha, entre as inovações do estão:

- Plano integrado entre a maternidade e a Saúde da Família
- Qualificação das equipes de Saúde da Família
- Ampliação do Complexo Regulatório do SUS com equipe especializada em obstetrícia
- Reestruturação dos serviços de urgência e emergência



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



- Incentivo ao aleitamento materno
- Modelo de financiamento por nascido vivo

O cofinanciamento das ações e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) também passou por alterações em 2024, estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Esta portaria substitui o Programa Previne Brasil.

A nova metodologia de cofinanciamento federal da APS tem como objetivo consolidar a Estratégia Saúde da Família - ESF, melhorar a qualidade da atenção primária e proporcionar um sistema de saúde mais justo e com maior capacidade de resposta sanitária

O repasse de recursos do novo modelo de financiamento será baseado em 3 principais segmentos: componente fixo por equipe, vínculo e acompanhamento territorial, qualidade e indução de boas práticas. Ainda, será calculado através do tamanho da população atendida e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) da região. Serão incorporados gradativamente indicadores para monitoramento e avaliação do componente de qualidade do cuidado ofertado pelas equipes. As

especificações dos indicadores serão definidas em ato normativo do Ministério da Saúde e serão tomadas como base para o monitoramento das ações e serviços da região.

O monitoramento das ações é feito de forma sistemática através do Grupo Condutor da RAMI-SUL que se reúne mensalmente e conta com representação de Referência Técnica dos 26 municípios da Região Sul e dos Hospitais de referência da Rede, sendo coordenado por representante da Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim - SRSCI em consonância com as orientações do nível central da Secretaria de Estado da Saúde - SESA através da Referência Técnica Estadual da RAMI.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## XI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste documento foi fruto de um processo metodológico que envolveu diversos momentos e a participação de diferentes atores sociais. É fundamental destacar o papel do Planejamento Regional Integrado - PRI como ferramenta essencial para fortalecer e implementar as Redes de Atenção à Saúde e Vigilância -RASV. No entanto, não conseguimos concluir um documento de Planejamento com perspectivas futuras.

As etapas de definição regional, análise da realidade e elaboração de um diagnóstico situacional, juntamente com os momentos de troca de conhecimento, foram cruciais para o fortalecimento e aprimoramento dos atores regionais. Contudo, o alinhamento das ações, propostas e planejamentos regionais em um formato documentado não pôde ser finalizado.

A Rede de Atenção Materna e Infantil - RAMI, identificada como prioritária na Região Sul para a elaboração da proposta piloto do Planejamento Regional Integrado - PRI, utilizou as metodologias e o documento aqui produzido para subsidiar a análise da Rede prioritária.

Durante mais de 25 anos de construção do SUS no ES, maiores e mais significativos foram os avanços do que os retrocessos e estagnações no processo de regionalização. A regionalização foi, e hoje ainda é, uma realidade vívida na gestão da saúde do Espírito Santo, mas que se defronta com um conjunto de desafios comuns às três regiões de saúde.

O processo de Planejamento, Programação Regional e de estruturação da RAS tem se mostrado como um eficiente processo para o desenvolvimento regional, com o estímulo à expansão responsável da infraestrutura necessária no sistema de serviços regionais e respectivas ações, importantes para se elevar a qualidade de vida da população capixaba. Para tanto, as prioridades de investimentos e de custeio das ações e serviços de saúde devem estar direcionados para implementar a RAS; fortalecer a APS como ordenadora do cuidado, instituindo e institucionalizando a política da integração da atenção primária com a atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar,



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



articulando os três níveis de atenção com a transversalidade das ações de Vigilância em Saúde e de Assistência Farmacêutica e implementar a Política Estadual e Regional de Regulação do Acesso.

Certamente ainda há muito por fazer, entretanto o caminhar da regionalização já vem produzindo a qualificação no acesso e na atenção à saúde da população na RAS Estadual e seus componentes regionais, respeitando princípios de equidade, integralidade e universalidade.

O conjunto de processos descrito nas páginas anteriores, desde o documento sobre a regionalização em nosso Estado e região, passando por outros aspectos de governança têm o único objetivo de fortalecer as deliberações do SUS, na convicção de que estamos no caminho certo.

Entretanto, entendendo que a regionalização do SUS e suas delimitações geográficas são um processo em constante evolução, e em respeito à Resolução CIT nº 37 e aos critérios de economicidade, escala e escopo na estruturação das redes, há alguns anos já considera a insuficiência de tecnologias de alta complexidade, e algumas mais escassas de média complexidade da Região.

Colegiadamente para superação de possíveis fragilidades na aplicação das diretrizes da regionalização no Estado, há o entendimento geral de que o fortalecimento da governança regional requer o perfeito entendimento das responsabilidades de cada ente nesse espaço regional.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABENFO. Competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, 2002. Disponível em: [http://www.abenfo.org.br/site/arquivos/competencias\\_para\\_o\\_exercicio\\_da\\_obstetr%C3%ADcia.pdf](http://www.abenfo.org.br/site/arquivos/competencias_para_o_exercicio_da_obstetr%C3%ADcia.pdf).

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal.

AGUIAR, J. M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 36, 2010.

ARAÚJO E. M.; COSTA, M. C. N. Hogan VK, et al. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: Possibilidades e limites. *Interface Commun Heal Educ* [internet]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009 [acesso em 2015 mar 8]; 13(31):383-94. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)»[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Acompanhamento durante o trabalho de parto (suporte psicossocial). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Febrasgo-Abenfo, 2001a. Cap. 7, p. 64-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas. Série D Reuniões e Conferências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 1, col. 3. 8 abr. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 05 jun. 2008 n. 106, s 1, p. 52, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 25 set. 2013. s. 1, p. 130, Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Racismo Como Determinante Social de Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Promoção da Igualdade Racial; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Rede Cegonha – Brasil apresenta queda nos índices de mortalidade infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



<<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34876-rede-cegonha-brasil-apresenta-queda-nos-indices-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em: set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 mai. 2014. s 1, p 43, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Relatório de recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Relatório de recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. II Relatório de pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em: 27 abril 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; OPAS. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 50 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação brasileira de ocupação: doula. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2022.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



DINIZ, C. S. G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Suplemento, p. S140–S153, 2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, C. S. G. O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. 1. ed. São Paulo: Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas questões para o campo da Saúde/Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/ Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 2002.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões de Saúde Reprodutiva, v. 1, n. 1, p. 80–91, 2006.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev. Saúde Pública, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

DOMINGUES, D. et. Al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S101-S116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311Xcsp-30-s1-0101.pdf>.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA -

FEBRASGO. O pré-natal começa antes da gravidez. Quarta, 13 Setembro 2017 16:54. <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/198-o-pre-natal-comeca-antes-dagravidez>

FERRAZ TR, NEVES ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. Rev Gaúcha Enferm, 2011 mar; 32(1):86-92.

FIORETTI, B. Nascer no Brasil: Parto, da violência obstétrica às boas práticas. Rio de Janeiro: VideoSaúde/Fiocruz, 2014.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas.

<https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisarevela-numero-excessivo-de-cesarianas>

GENP. Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto. Humanizando o nascimento e o parto: o Workshop. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo: Senac, 2005.

GONZAGA I. C. A.; SANTOS S. L. D.; SILVA A. R. V. Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciência Saúde Coletiva*. 2016;21(6):1965-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015> <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015>

KABAD, J.F.; BASTOS J. L.; SANTOS R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012; 22(3):895-918.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 191–199, 2010.

LANSKY et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, Sup., p. S192-S207, 2014.

LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*, Suplemento, p. S17–S32, 2014.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 107–120, 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Parto do Princípio e Ministério Público Federal debatem violência obstétrica com movimentos sociais de mulheres. Belém, 19 nov. 2014c. Disponível em:



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



<<http://www.prpa.mpf.mp.br/news/2014/parto-do-principio-e-ministerio-publico-federal-debatem-violenca-obstetrica-com-movimentos-sociais-de-mulheres>>.

MOUBARAC, J. Persisting. Problems related to race and ethnicity in public Problems persistentes relacionados à raça e etnia na pesquisa em saúde pública e epidemiologia. Rev Saúde Pública. 2013; 47(1):104-15.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Relatório de Grupo Técnico. OMS/SRF/MSM/96.24. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <[www.who.int](http://www.who.int)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=25A086A951EC00066305392A7848697?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=25A086A951EC00066305392A7848697?sequence=3)

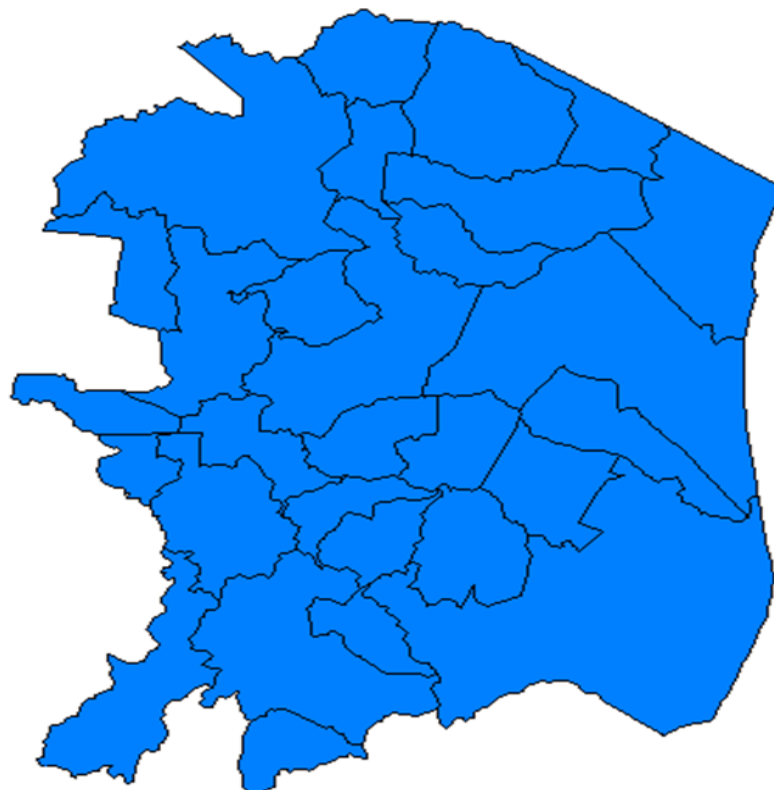
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Robson Classification. Implementation Manual. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf;jsessionid=E28EED67CB326DF9CE5E90F34AEE16?sequence=1>. Acesso em 13 de maio de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia. Montevideu: CLAP/SMR, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. Documento Científico. Departamento Científico de Neonatologia. Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. Nº 2, Novembro de 2017.

**Anexo 3. Plano Regional da Região Integrado – Região de Saúde Central Norte.**

**PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI  
MACRORREGIONAL CENTRAL NORTE**



**Plano Regional Integrado da Região de Saúde Central Norte com ênfase na Rede de  
Cuidados à Pessoa com Deficiência**

**Ministério da Saúde •Superintendência Estadual do Espírito Santo (SEMS)**

**Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES)**

**Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA)**

•*Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo*

Miguel Paulo Duarte Neto

•*Secretaria Executiva – CIB/ES*

Maria do Socorro Fernandes

•*Subsecretário de Estado de Atenção à Saúde (SSAS)*

Carolina Marcondes Rezende Sanches

•*Gerência de Política e Organização de Redes de Atenção à Saúde (GEPORAS)*

*Gerente de Projeto*

Daysi Koehler Behning

### Equipe de Elaboração:

Ana Paula Guimarães, Cristiara Ferreira Lima Amite, Daniela de Souza Casotti, Denise Bubach Lyra, Lena Márcia Silva, Liliane Simonassi, Ricardo da Silva e Valkiria Rangel.

Carla Neiva Aragão, Fabiola Carla da Silva Sossai, Flávia Coelho Gomes de Souza, Marllus Robson Fernandes Cavalcanti e Livia Chechi Motta Cometti, e Rita de Cássia Santos Costa Santa Ana.

### **Grupo Condutor Regional da RCPD (Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência)**

Composto pelos seguintes representantes: Agraciene da Silva Veríssimo de Alcântara (Águia Branca), Anna Paula Nunes de Moraes Colnago (Alto Rio Novo), Carla Rubia Fernandes do Nascimento (Baixo Guandu), Caroline Possatti Pereira (Barra de São Francisco), Flávia da Silva Santos (Boa Esperança), Hudson Ramos Rocha (Colatina), Luciana Timbuiba Felicidade (Conceição da Barra), Maria Virgínia Martins Pomaroli (Ecoporanga), Fabiana Sousa Almeida (Governador Lindenberg), Érici Monteiro Reetz (Jaguaré), Noelita da Silva Almeida (Linhares), Natieli Maria da Silva Correa (Mantenópolis), Lara Caliman (Marilândia), Leidiany Facheti Vassoler (Montanha), Felipe Alan Mendes Chaves Ferreira (Mucurici), Fernanda Jacob Maria (Nova Venécia), Daiana Marques Araújo Techio (Pancas), Carliany de Jesus Santos Dantas (Pedro Canário), Luciana Bergamin Pizetta Monteiro (Pinheiros), Bernard Santos Ferraz (Ponto Belo), Gustavo Anholeti (Rio Bananal), Alexsandro Lima Batista Santos (São Domingos do Norte), Nayara da Silva Batista (São Gabriel da Palha), Sueli A. Pinheiro Quinelato (São Mateus), Lara Pereira Alves (São Roque do Canaã), Gilmar Francisco do Amaral (Sooretama), Héllen Batista de Souza (Vila Pavão) e Maria José Rosa (Vila Valério).

O município de Água Doce do Norte ainda não indicou seu representante.

## INTRODUÇÃO

---

O projeto de fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde – Regionalização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é realizado no ES numa parceria entre Secretaria de Estado da Saúde (SESA/ES), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), a Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Este projeto, se insere na agenda estratégica do Sistema Único de Saúde Capixaba uma vez que se propõe a fomentar a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito das Regiões de Saúde, favorecendo o avanço na diretriz de regionalização prevista no arcabouço legal do SUS. Desta forma, houve a formação do Grupo Condutor Estadual (GCE) e dos Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM) da Metropolitana, da Central Norte e da Sul que trabalham o desenvolvimento do Plano Regional, com Diagnóstico do Estágio atual do Planejamento Regional Integrado (PRI), da Análise de Situação de Saúde (ASIS), identificação das prioridades sanitárias e definição de diretrizes para o Plano Regional na Região Central Norte.

A implantação do Projeto de Regionalização - HAOC iniciada em 2021 e a emissão da Resolução CIR nº 38 de 23 setembro de 2021 que institui o GTM Central/Norte e via Portaria n 006-S de 06 de janeiro de 2022, através do GCE e GTM o projeto desenvolve Guias Operacionais Básicos para as oficinas periódicas para elaboração do PRI. Assim, os processos de trabalho ocorrem por etapas cujo os produtos são validados coletivamente nos espaços de governança regional com participação dos gestores de saúde e demais atores estratégicos, com vistas a possibilitar o avanço para as próximas etapas/fases previstas pelo projeto, inclusive no que diz respeito à definição e pactuação da agenda de desenvolvimento do PRI na Região de saúde Central Norte.

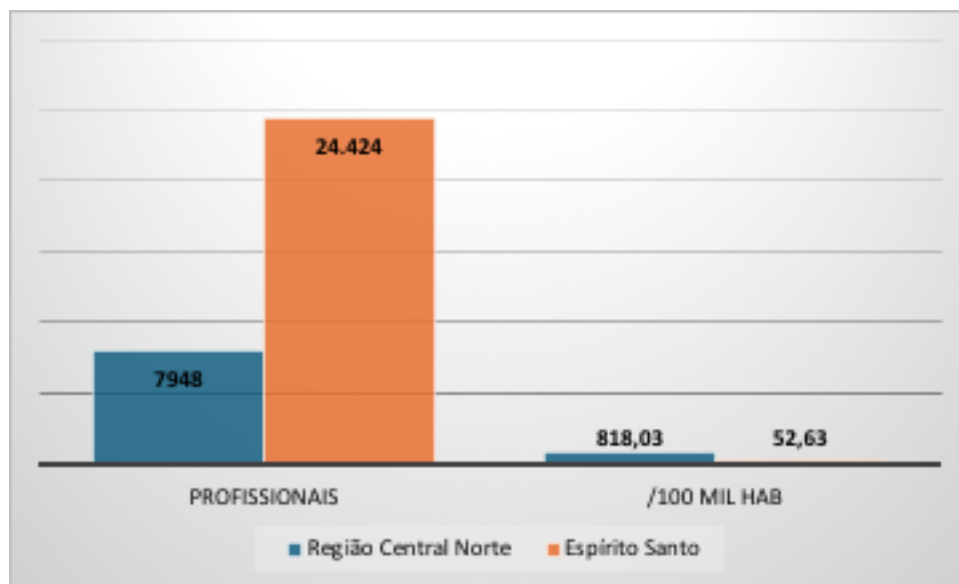
Considerando a avaliação preliminar dos dados coletados percebe-se a necessidade de atualização a partir da busca de dados primários e secundários, sendo estes obtidos por meio dos sistemas de informação oficiais, para assim descrever com mais clareza as reais necessidades em saúde.

A Análise de Situação de Saúde (ASIS) é uma ferramenta que facilita a identificação de necessidades e prioridades, bem como a identificação de intervenções, programas adequados e a avaliação do seu impacto na saúde. A ASIS faz parte do processo do PRI, sendo uma das principais etapas para que as

demais ações sejam pertinentes e coerentes com os territórios ao subsidiar a tomada de decisão por parte da gestão. Para fins de organização e efetivação das ações realizadas no PRI, o GT do PRI elaborou este documento orientador como um guia para execução e descrição da (ASIS) Macrorregional da central norte. Esperamos que este documento orientador possa nortear as ações que serão realizadas na Região de saúde, além de integrar, organizar e conectar, subsidiar os planos Regionais e posteriormente o Plano Estadual de Saúde, sempre levando em consideração a premissa do planejamento ascendente.



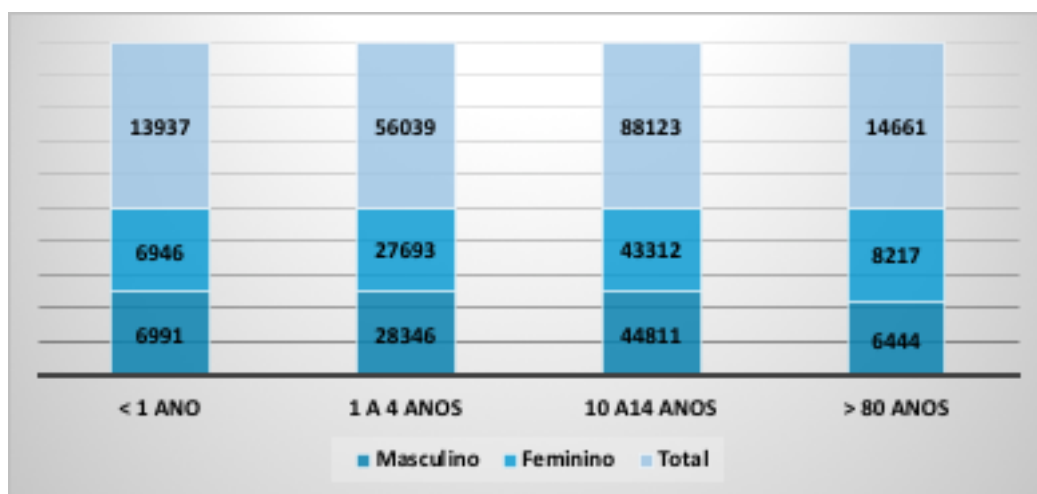
O número de profissionais de saúde distribuídos pelos 29 municípios da Região e as suas respectivas taxas de profissionais por 100 mil habitantes.



Fonte: Universidade Federal de Goiás (UFG) <https://cigets.face.ufg.br/p/painel-forca-trabalho, 2021>

No gráfico acima temos o número de profissionais de saúde distribuídos pelos 29 municípios da Região e as suas respectivas taxas de profissionais por 100 mil habitantes. Podemos perceber que os municípios com maior população embora tenham o maior número absoluto de profissionais tem uma relação profissional por 100 mil habitantes menor quando comparados aos pequenos municípios. Estes mesmos municípios que são os pólos de saúde da região (Colatina, Linhares e São Mateus), embora concentrem os serviços especializados e hospitalares possuem também menores coberturas da atenção primária de saúde. Somente quatro municípios (Colatina, Linhares e São Mateus e Barra de São Francisco) tem a relação inferior à do estado do Espírito Santo sendo que os números da região central são bem superiores ao estado, média que deve estar sendo puxada para cima pelos municípios menores.

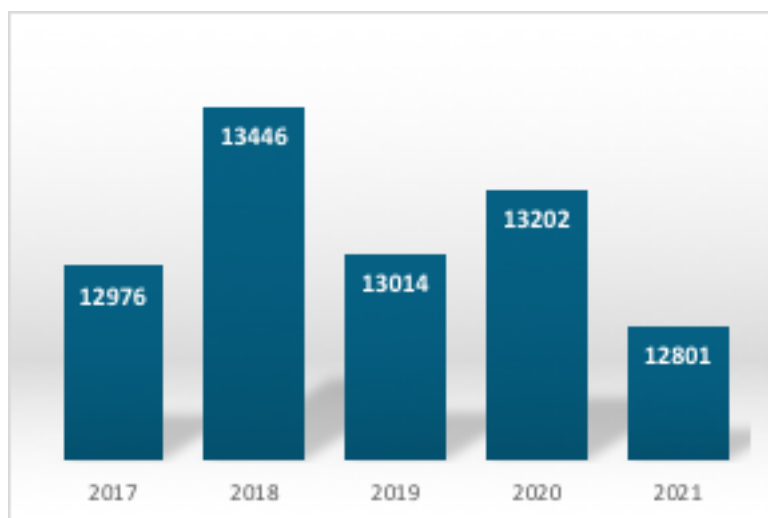
Gráfico: Número absoluto da Estimativa da População Residente por sexo e faixa etária, ano 2020:



FONTE: 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popos.def>. Acesso 30/09/2022

Quando a população é dividida por faixa etária observamos crianças (0-14 anos) de 235.853, Jovem (15-19 anos) 87.952, adulta (20-59 anos) 549.507 e idosa (acima 60 anos) 99.706, totalizando 973.137 habitantes.

#### Número de nascidos vivos na Região de Saúde Central Norte



**FONTE:** Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Observação: Base de dados atualizadas até 10/09/2022. Dados referentes a 2021 e 2022 sujeitos a alteração.

Segundo IBGE a Mortalidade infantil - óbitos por mil nascidos vivos (2017) da Região Central Norte é em média 14,44, acima da meta pactuada pelo ES de 9,9 de taxa de mortalidade infantil.

Considerando planilhas de pactuação e avaliação de resultados fornecidas pela SESA, no quadrimestre de 2020, as taxas das antigas regiões Norte e Central foram respectivamente 9,02 e 8,16. A taxa de mortalidade infantil de janeiro a agosto de 2020 da antiga Região Norte (8.38/1000NV) foi a segunda maior depois da metropolitana. Sendo a taxa de mortalidade neonatal a terceira (5.33/1000NV) com componente neonatal precoce também o segundo maior no estado (4.82). Já na antiga Região Central a taxa de mortalidade infantil no mesmo período foi de 8.16/1000NV, menor do estado, sendo que a de mortalidade neonatal ocupou o segundo lugar (6.63/1000NV) com o componente neonatal precoce (4.59) o terceiro lugar.

Assim, quando avaliamos a Região Central Norte se observa fragilidade das ações da APS e na Atenção Hospitalar que reforça a necessidade do desenvolvimento de ações sistemáticas para qualificação da atenção ao pré-natal, parto, puerpério e dos espaços de governança regional como Câmara temática da Atenção Primária em Saúde da CIR e grupo Condutor regional da RAMI (Rede Materno infantil).

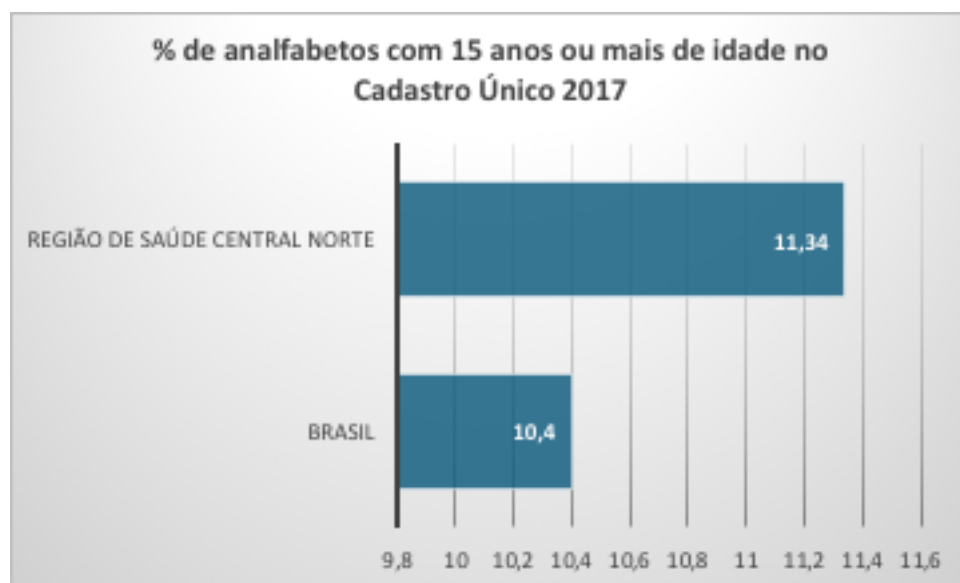
### **Densidade populacional;**

O estado ocupa uma área de 46.074,447 km<sup>2</sup> e apresenta densidade demográfica de 76,25 hab./km<sup>2</sup>. A região centro norte demonstra concentração da população de 33,29 hab/km<sup>2</sup> classificada como baixa quando comparada a expressiva marca 3.328 hab./km<sup>2</sup> da capital. Lembrando que a antiga Região Norte (PDR 2012) apresentava um vazio demográfico com concentração de 36 hab./km<sup>2</sup>, agregando a Região Central Norte grandes latifúndios. Na Região Central Norte, a população é de 971.605 habitantes, onde os municípios com maior número de habitantes da Região são Colatina e Linhares.

### **Taxa de analfabetismo**

Alfabetização em saúde é a capacidade de uma pessoa ou população obter, compreender e usar informação em saúde para tomar as decisões adequadas e seguir instruções para prevenção ou tratamento de doenças. Obviamente, essa informação precisa ser clara e acessível, para que a pessoa

entenda as instruções do médico, por exemplo, para conseguir ler uma bula, para entender que precisa tomar vacinas ou ficar em casa em tempos de distanciamento social (BELLINCHINI, 2020).



FONTE: Disponível <http://www.atlasbrasil.org.br/> Acesso dia 11/10/22

Especialistas consideram a alfabetização em saúde fundamental para prevenção de doenças não transmissíveis, como diabetes e problemas cardíacos, mas a COVID-19 mostrou rapidamente que ela também é essencial para sua prevenção e que, além do preparo dos sistemas de saúde, é fundamental para que cada indivíduo seja capaz de solucionar os problemas complexos da vida real que a pandemia impõe (BELLINCHINI, 2020). Na Região Central Norte, Segundo IBGE (2010) a Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade da Região Central Norte é de 97,47% a antiga Região Central Norte apresentava 92% com ensino fundamental concluído. Já o percentual de população analfabeta com 15 anos de idade ou mais, na Região Central Norte, nos anos de 1991, 2000 e 2010 respectivamente foram 23,8, 16,1 e 12.

### **Percentual da população com acesso à esgoto, na Região Central Norte.**

O acesso a saneamento básico e saúde pública, assim como a outros serviços essenciais, é bastante desigual. Nesse contexto, a universalização do saneamento básico no Brasil ainda é um grande desafio, com impactos significativos na área da saúde. Por meio do acesso aos serviços de saneamento, como

abastecimento com água tratada e coleta e tratamento de esgoto, é possível reduzir as internações por doenças de veiculação hídrica e proporcionar um ambiente mais saudável para as pessoas.



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

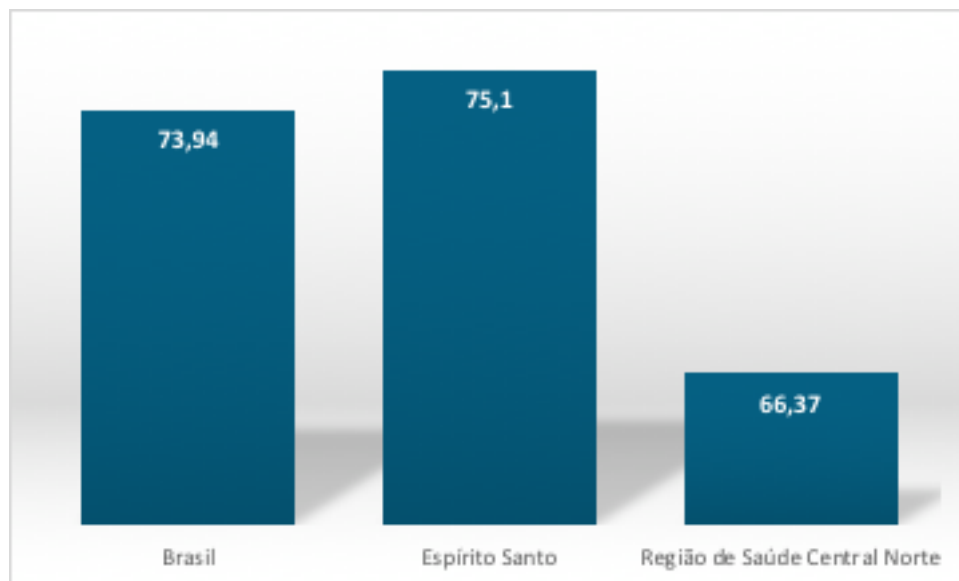
### Esperança de vida ao nascer

A esperança de vida ao nascer, consiste na estimativa do número de anos que se espera que um indivíduo possa viver, e o aumento da expectativa de vida está diretamente associado à melhoria das condições de vida da população.

O Brasil em 2019 tinha expectativa de viver, em média, até os 76,6 anos. Isso representa um aumento de três meses em relação a 2018 (76,3 anos). Na divisão por sexo, a expectativa de vida dos homens passou de 72,8 para 73,1 anos e a das mulheres foi de 79,9 para 80,1 anos.

Outro dado importante é entre as unidades da federação, onde a maior expectativa de vida foi verificada em Santa Catarina (79,9 anos), com 3,3 anos acima da média nacional, e a menor, no Maranhão (71,4 anos). Já a menor taxa de mortalidade infantil foi a do Espírito Santo (7,8 por mil) e a maior, no Amapá (22,6 por mil). Fonte: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/> Acesso 07/10/22.

Na Região Central Norte se observa que Colatina, Nova Venécia e São Mateus apresentam estimativa superior à média estadual de 75,10 anos veja a tabela abaixo:

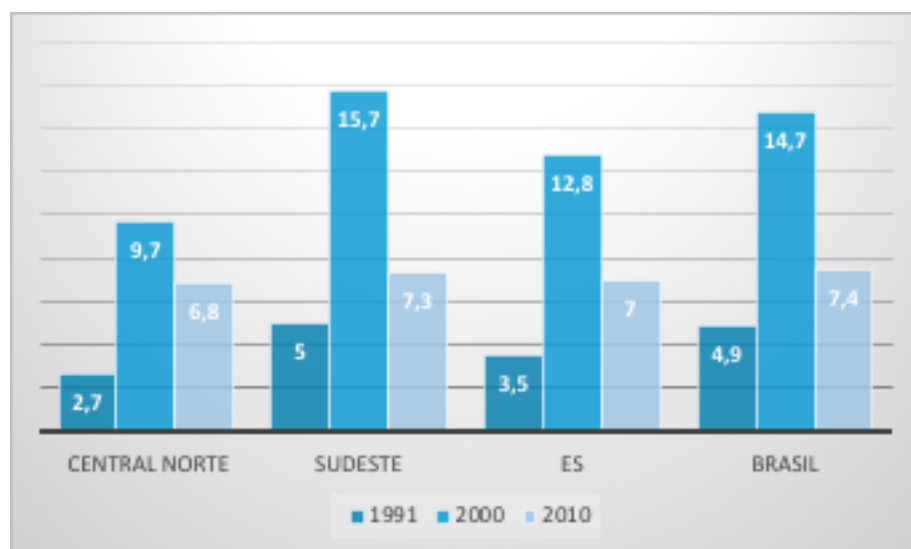


FONTE: FONTE: Disponível <http://www.atlasbrasil.org.br/> Acesso em 07/10/22.

### Taxa de desemprego;

O IBGE realiza o cálculo da taxa de desemprego que considera a população desempregada e outra parte que se encontra empregada. Para a População Desocupada (PD) são contabilizadas as pessoas que não têm trabalho, mas estão à procura de um. Já a População Economicamente Ativa (PEA) inclui todas as pessoas desempregadas e empregadas. O cálculo da taxa de desemprego é feito como na fórmula:

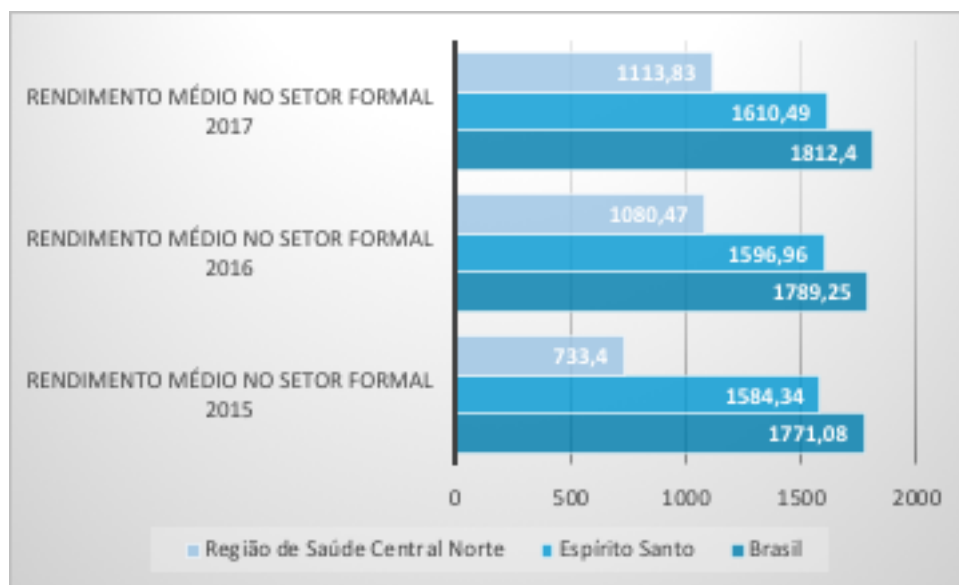
$$\text{Taxa de desemprego} = [\text{PD} \div \text{PEA}] \times 100\%.$$



Fonte: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=painel2>

No quadro acima se visualiza a taxa de desemprego nos anos de 1991, 2000 e 2010 na Região Central Norte, Estado do Espírito Santo e Brasil, região sudeste e Brasil, onde verificamos a taxa da Região abaixo da média estadual.

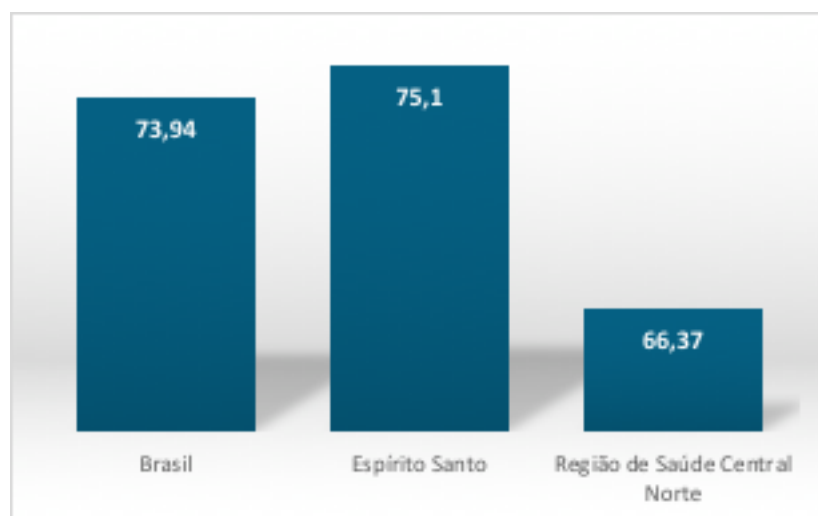
### Taxa de pessoas com emprego formal;



FONTE: Disponível <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em 08/10/22.

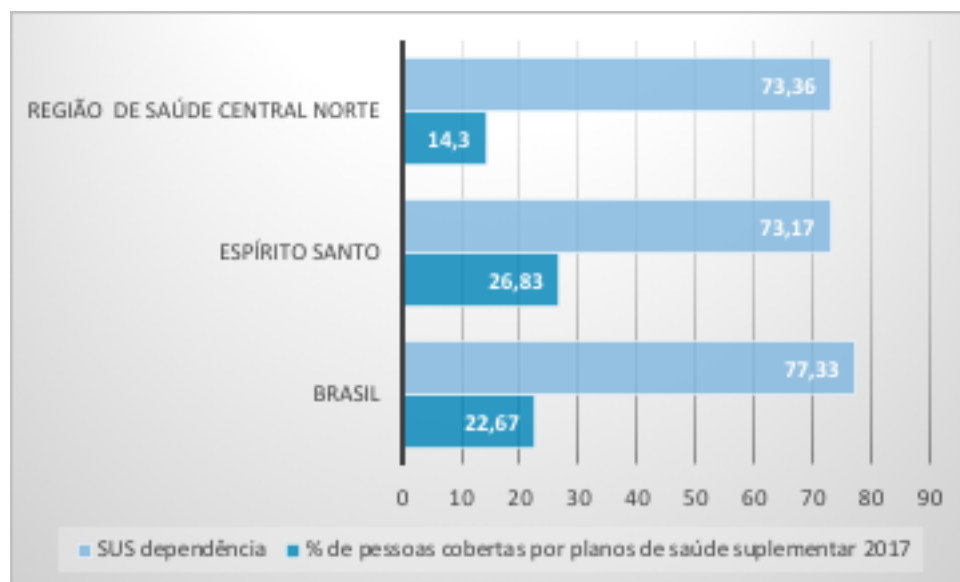
### Percentual da população beneficiária de planos de saúde privados e Percentual da População SUS dependente.

Atualmente a taxa de Cobertura de Planos de Saúde no ES é de 34,2. Abaixo dados de Abaixo:



Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>

% de pessoas cobertas por planos de saúde suplementar 2017 Região Central Norte:



Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>, 2018.

## ESPECIFICIDADES POPULACIONAL CENTRAL NORTE

### Desastre Ambiental e Impactos Pós Contaminação Do Rio Doce

Em 5 de novembro/2015, ocorreu o rompimento de duas barragens no complexo de Alegria, da mineradora Samarco, que em onze minutos, despejou 62 milhões de metros cúbicos de lama e aniquilou o distrito de Bento Rodrigues MG. Somando mais de 20 mortes e desaparecimentos. A onda devastou outros sete distritos de Mariana e contaminou os rios Gualaxo do Norte, do Carmo e Doce.

Moradores de cidades em Minas e no Espírito Santo tiveram a rotina afetada por interrupções no abastecimento de água. O destino final da lama deve ser o mar do Espírito Santo, onde o Rio Doce tem sua foz. O Ministério Público de Minas Gerais e a Polícia Civil abriram inquéritos para apurar as causas da contaminação.

O Ibama chegou a aplicar multas que superaram os 250 milhões de reais à Samarco. A mineradora que teve bens bloqueados pelo MP e deverá arcar ainda com a indenização às pessoas afetadas e com os custos de reconstrução da região atingida.

O impacto do desastre ambiental de Mariana e suas consequências no Rio Doce e Costa Marinha que perpassa 05 municípios da Região Central Norte de Saúde do ES, Baixo Guandu, Colatina, Conceição da Barra, Linhares e São Mateus pesquisas são desenvolvidas sobre os impactos ambientais, socio, econômicas, ambientais e para saúde pública, além das dúvidas sobre a qualidade da água potável a fornecida para consumo humano pelas ETAs que são abastecidas com a fonte principal de abastecimento de água é o Rio Doce.

Fonte: Revista Veja (nov.2015)

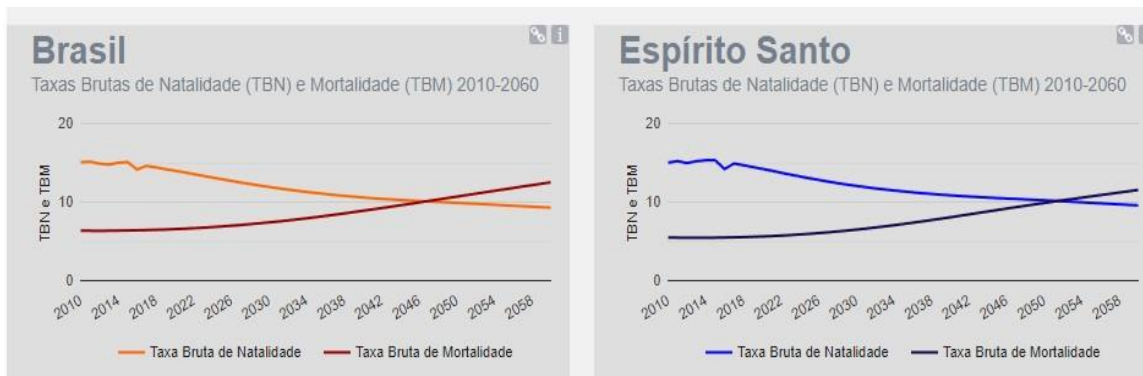
### **Perfil das gestantes e crianças:**

#### **Série histórica dos últimos 5 anos com a taxa bruta de natalidade;**

A taxa de natalidade refere-se ao cálculo que indica o número de nascidos vivos ao longo de um ano a cada mil habitantes. Nesse cálculo não é considerado o número de crianças que morreram após o nascimento ou que já nasceram mortas.

Em 2000, a taxa de natalidade do Brasil era de 20,86 a cada mil habitantes, caindo para 15,08 em 2010 e em 2021 para 13,79 (IBGE). No ES a taxa de natalidade vem acompanhando os mesmos valores do Brasil, apresentando valores aproximados em 2010, de 13,02. Já em 2021 apresentou ligeira elevação com valor em torno de 13,99 conforme visualizado no quadro abaixo de projeção da população do Brasil e das Unidades Federadas sobre a taxa de bruta de natalidade e de mortalidade.

Taxa Bruta de Natalidade e Mortalidade

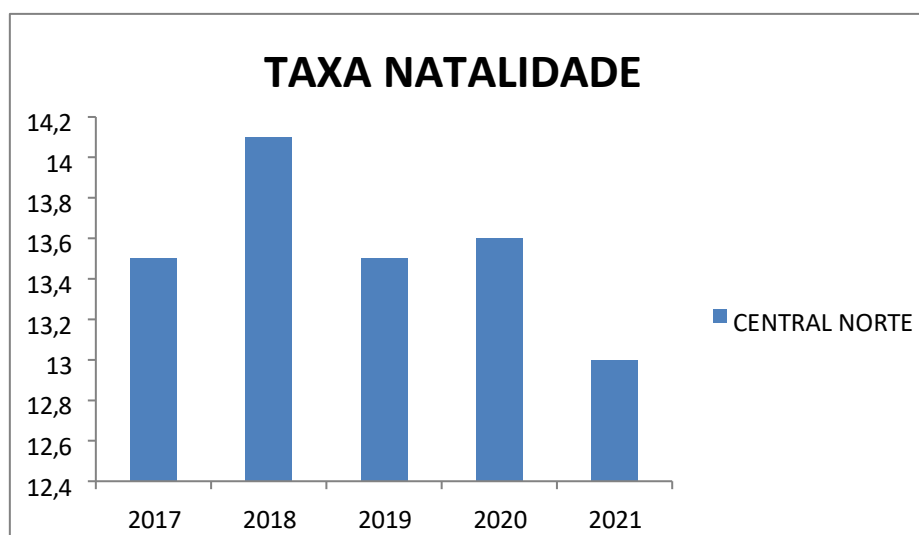


Fonte: IBGE, 2022.

A Região Central Norte vem ao longo dos últimos 5 anos mantendo a taxa de natalidade na faixa de 13 nascidos vivos por mil habitantes, apresentando taxa de natalidade mais elevada (14,1) apenas em 2018.

Essa tendência de declínio de nascimento da região acompanha com o que observamos dos dados do Brasil, e caracteriza países que ainda apresentam precariedade nos sistemas públicos de saúde, a educação ainda não alcança a todos ou opera de modo ineficiente, há elevados índices de violência, fome e agravamento de doenças.

Gráfico: Taxa de Natalidade da Região Central Norte 2017 -2021



Fonte: Tabnet ES, 2022.

Os municípios, conforme tabela a seguir que apresentam maior taxa de natalidade são Governador Lindenberg, Pancas e São Roque do Canaã com respectivamente 9,8,8,7 e 9 nascidos vivos por mil habitantes. Os municípios de Mucurici, Rio Bananal/Pedro Canário e Água Doce do Norte em contrapartida apresentam as maiores taxas de natalidade 15,9;14,9 e 14,8 respectivamente.

## **DADOS DA POPULAÇÃO GERAL E POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA**

As deficiências podem ser congênitas ou adquiridas. De acordo com o Ministério da Saúde, os principais causadores de deficiência são:

Fatores hereditários, genéticos;

Assistência inadequada às gestantes, ao parto e às crianças recém-nascidas;

Doenças transmissíveis como a rubéola, toxoplasmose, meningite, doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, AIDS), sarampo;

Doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, infarto, acidentes vasculares, Alzheimer, Parkinson, câncer, osteoporose;

Perturbações psiquiátricas;

Desnutrição na infância – carências de vitaminas/ferro;

Violência na família, na comunidade e no trânsito associada ao abuso de álcool e de drogas;

Doenças que atingem os idosos mais frágeis, ou o agravamento de condições físicas impostas pelo envelhecimento em si;

Más condições de vida na periferia das cidades e áreas rurais – falta de escolas, habitação, água tratada, alimentação adequada, esgoto sanitário e coleta de lixo; inundações, desmoronamentos e poluição dos rios.

No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2010, 23,9% da população residente possuíam pelo menos uma das deficiências: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da deficiência auditiva, em 5,10% e da deficiência mental ou intelectual, em 1,40% (IBGE, 2010).

No Espírito Santo, a população com deficiência também segue a mesma tendência: 18,03% da população geral do estado é deficiente visual, em seguida, 7,13% é deficiente físico, 4,81% é deficiente auditivo e, por fim, 1,34% é deficiente mental/intelectual (IBGE, 2010).

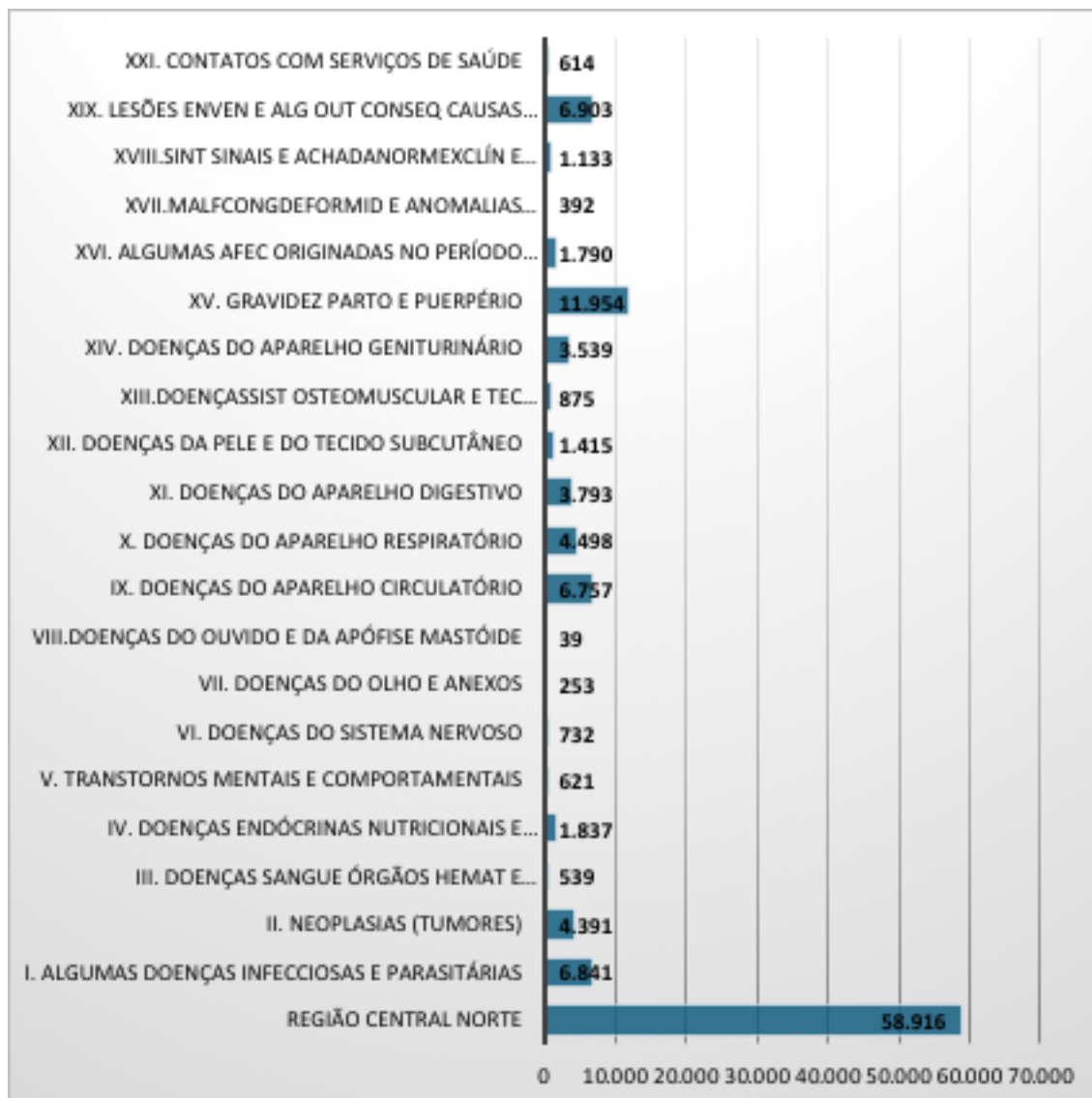
Assim, existem as estimativas a Distribuição das Pessoas com Deficiência na Região Central Norte por município conforme população estimada em 2020 do IBGE, verifica no quadro abaixo:

Região Central/Norte	População	População PCD, ESPÍRITO SANTO									
		INTELLECTUAL		VISUAL		MOTORA		AUDITIVA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Água Doce do Norte	10.909	126	1,16	2.678	24,55	1.136	10,41	692	6,34	4.632	42,46
Água Branca	9.631	136	1,41	2.115	21,96	750	7,79	468	4,86	3.469	36,02
Alto Rio Novo	7.874	85	1,08	1.759	22,34	711	9,03	440	5,59	2.995	38,04
Baixo Guandu	31.132	652	2,09	6.545	21,02	3.076	9,88	2.050	6,58	12.323	39,58
Barra de São Francisco	44.979	717	1,59	1.806	4,02	743	1,65	403	0,90	3.669	8,16
Boa Esperança	15.092	208	1,38	2.250	14,91	1.005	6,66	612	4,06	4.075	27,00
Colatina	123.400	1.556	1,26	21.736	17,61	9.284	7,52	1.400	1,13	33.976	27,53
Conceição da Barra	31.273	314	1,00	6.475	20,70	2.147	6,87	501	1,60	9.437	30,18
Ecoporanga	22.835	356	1,56	4.672	20,46	1.832	8,02	1.274	5,58	8.134	35,62
Fundão	21.948	234	1,07	4.273	19,47	1.553	7,08	464	2,11	6.524	29,72
Governador Lindense	12.880	125	0,97	1.967	15,27	871	6,76	932	7,24	3.895	30,24
Jaguari	31.039	278	0,90	4.255	13,71	1.812	5,84	1.111	3,58	7.456	24,02
Linhães	176.688	1.748	0,99	23.305	13,19	8.780	4,97	5.781	3,27	39.614	22,42
Mantenópolis	15.503	218	1,41	2.923	18,85	1.213	7,82	850	5,48	5.204	33,57
Marilândia	12.963	155	1,20	1.925	14,85	988	7,62	585	4,51	3.653	28,18
Montanha	18.894	316	1,67	3.029	16,03	1.330	7,04	982	5,20	5.657	29,94
Mucurici	5.496	95	1,73	1.271	23,13	497	9,04	352	6,40	2.215	40,30
Pancas	23.306	178	0,76	4.178	17,93	1.627	6,98	1.169	5,02	7.152	30,69
Pedro Canário	26.381	321	1,22	4.978	18,87	1.318	5,00	1.125	4,26	7.742	29,35
Pinheiros	27.327	406	1,49	5.277	19,31	2.157	7,89	1.417	5,19	9.257	33,87
Ponto Belo	7.940	120	1,51	1.586	19,97	537	6,76	447	5,63	2.690	33,88
Rio Bananal	19.271	207	1,07	3.323	17,24	1.306	6,78	741	3,85	5.577	28,94
São Domingos do Norte	8.687	103	1,19	1.870	21,53	750	8,63	418	4,81	3.141	36,16
São Gabriel da Palha	38.522	551	1,43	6.606	17,15	3.676	9,54	1.797	4,66	12.630	32,79
São Mateus	132.642	1.223	0,92	15.163	11,43	6.764	5,10	4.798	3,62	27.948	21,07
São Roque do Canaã	12.510	124	0,99	1.676	13,40	550	4,40	543	4,34	2.893	23,13
Sooretama	30.680	315	1,03	4.538	14,79	1.836	5,98	912	2,97	7.601	24,78
Vila Pavão	9.244	115	1,24	2.298	24,86	684	7,40	582	6,30	3.679	39,80
Vila Valério	14.073	230	1,63	2.951	20,97	1.104	7,84	703	5,00	4.988	35,44

Fonte: Plano Estadual da RCPD, 2020

Considerando o quadro acima onde observamos as centenas de habitantes que possui algum tipo de deficiência (em especial a deficiência visual), existe a necessidade de qualificação da atenção em saúde, em especial na AB, oferta de testes de detecção precoce (triagem), atenção especializada em tempo organizados em uma rede de serviços envolvendo a prevenção, assistência e reabilitação.

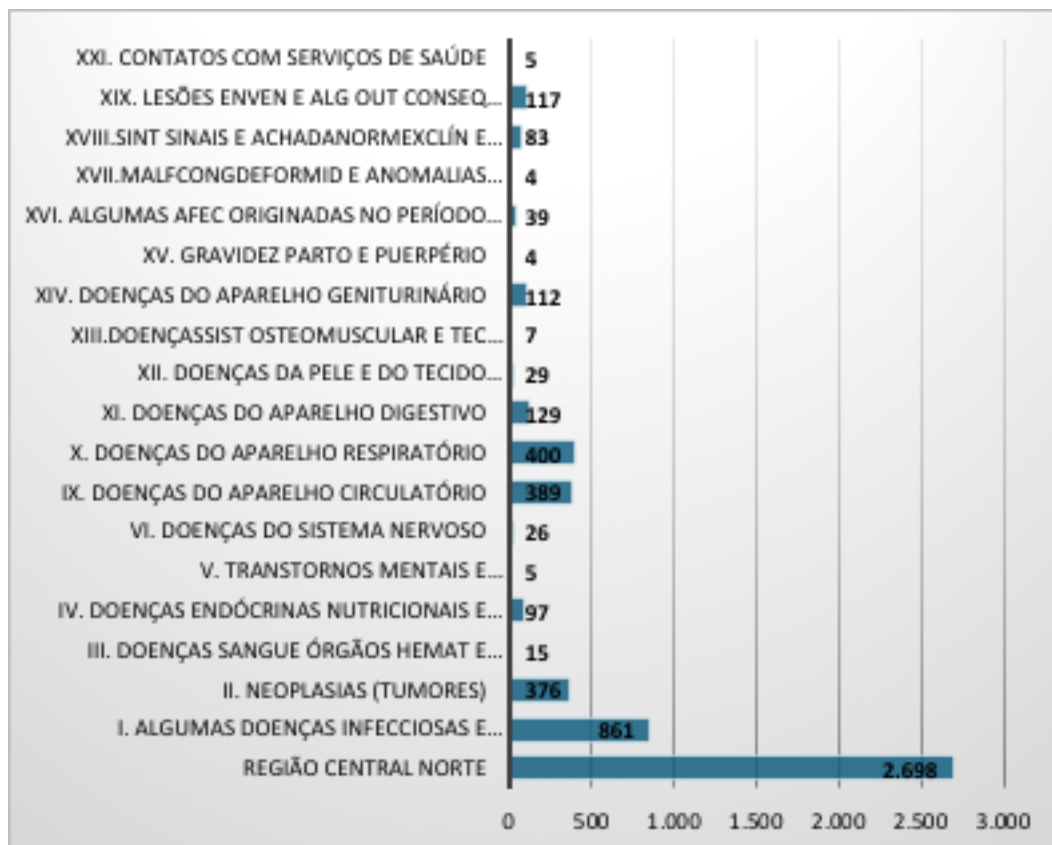
Outro indicador de saúde que rebate diretamente na RCPD é a distribuição das internações por capítulo do CID 10, em 2020, na Região Central Norte foram 58.916 internações hospitalares. Abaixo as principais proporcionalmente:



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Mortalidade – SIM, Tabnet, 2020

## Mortalidade

No Espírito Santo a mortalidade proporcional segundo a causa do óbito (CID 10) apresenta as Doenças do Aparelho Circulatório em primeiro lugar, seguido das Causas Externas (acidentes, homicídios e suicídios); em terceiro as Neoplasias e em quarto as Doenças do Aparelho Respiratório. Na Região Central Norte, a taxa de mortalidade hospitalar é 4,58%, sendo a segunda maior taxa do Estado. Abaixo a Mortalidade por grupo CID 10 na Região:

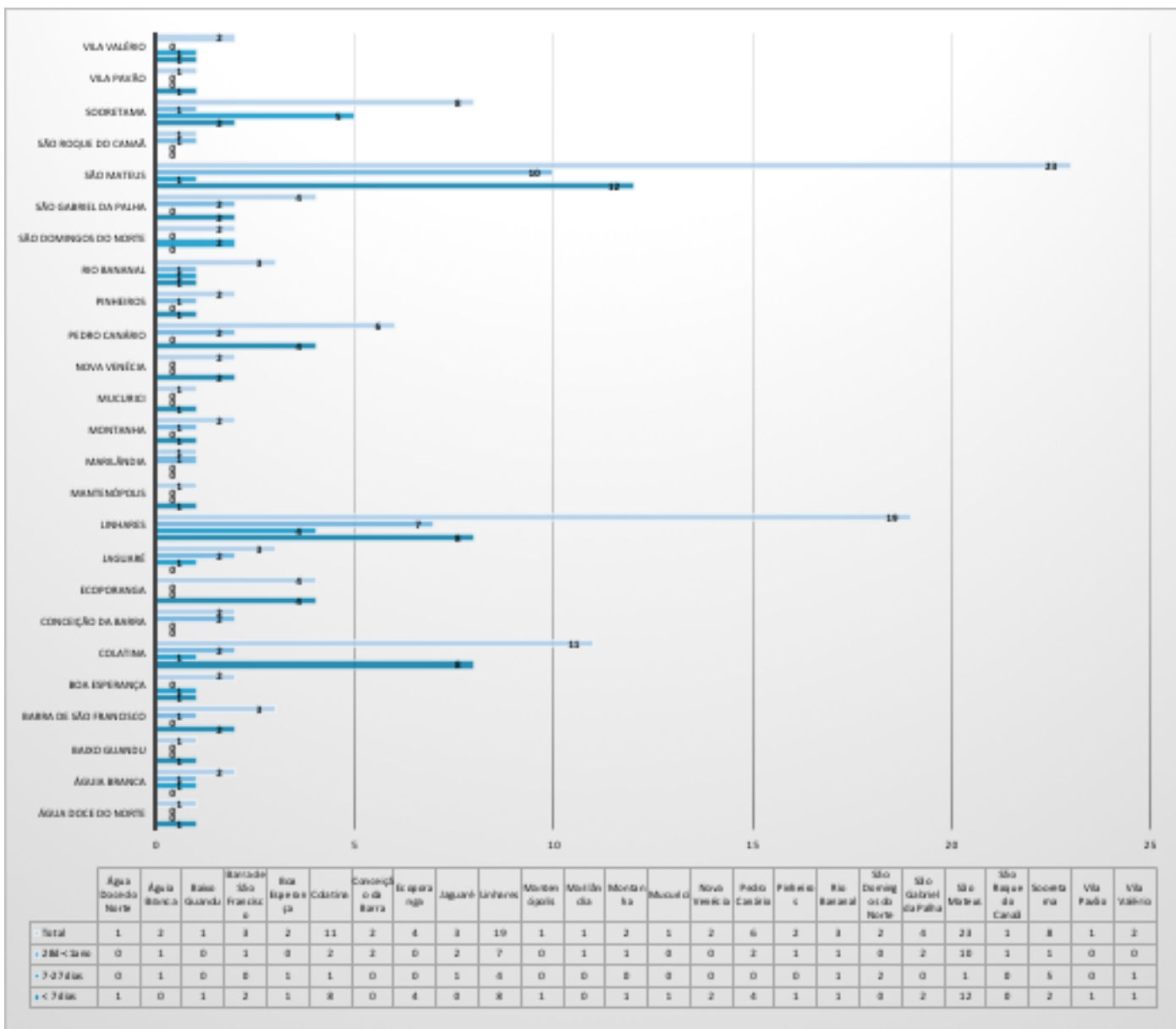


Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Mortalidade – SIM, Tabnet, 2020

Algumas doenças infecciosas e parasitárias, Doenças do aparelho circulatório, Doenças do aparelho respiratório correspondem às principais causas de morte da população na Região Central Norte, com taxas de 31%, 14% e 14%, respectivamente

### Mortalidade Infantil e Materna

A mortalidade infantil ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde. É analisada segundo três subcomponentes de acordo com o período de ocorrência do óbito: neonatal precoce – até 7 dias, neonatal tardia até 28 dias e pós neonatal – de 28 dias até 1 ano de vida.

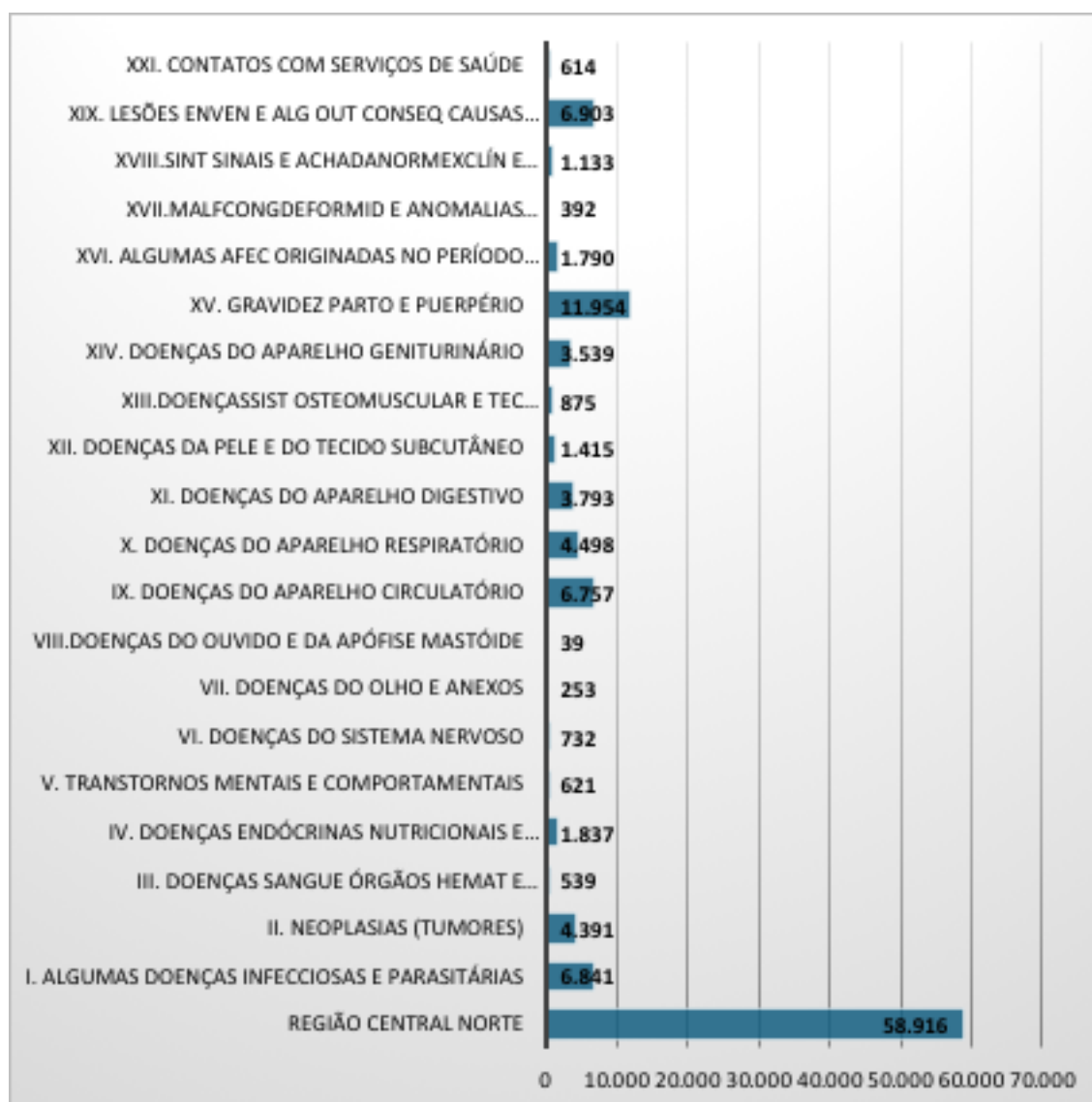


A concentração das mortes infantis na primeira semana de vida demonstra a estreita relação da mortalidade neonatal precoce com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido - RN durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e na unidade neonatal e a importância de se considerar as ações dirigidas à melhoria desta assistência.

A análise dos óbitos evitáveis em menores de um ano segundo a classificação da Fundação SEADE apresenta-se superior a 90% desde o ano 2000. Dentre as mortes evitáveis sobressaem àquelas decorrentes de adequado controle na gravidez e apesar das altas coberturas de pré-natal.

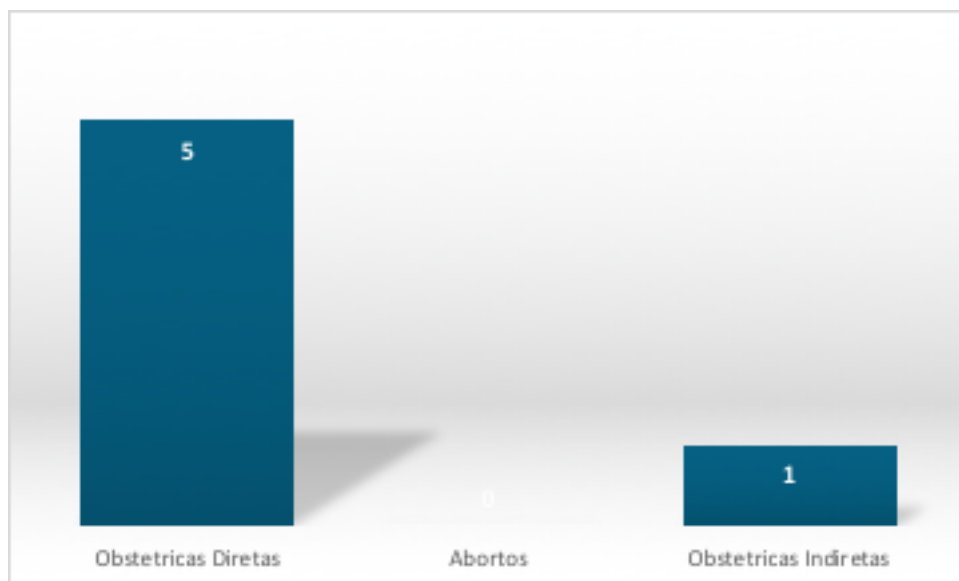
A mortalidade materna é um indicador importante para avaliação da realidade socioeconômica e da qualidade de vida da população, indicando a necessidade de realizar ações de saúde coletivas e socializadas. Tem como causas principais as obstétricas diretas, dentre elas as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto (BRASIL, 2002). Abaixo os números absolutos dos óbitos por Causas Maternas segundo Município Residência, em 2020.

Abaixo quadro com internações por CID 10 no quantitativo.



FONTE: Sistema de Internações Hospitalares (SIH), 2020.

## Causas Maternas segundo Região de Saúde Central Norte, em 2020.



Os indicadores acima apontam baixo desempenho na qualidade na assistência pré-natal e necessidade de revisão da prática profissional como estratégia importante de educação permanente e de promoção de saúde das gestantes e crianças da Região, como por exemplo, garantia de consultas e exames mínimos de pré-natal conforme protocolos da RAMI (Rede de Atenção Materno Infantil). Na Região Central Norte a atuação dos grupos condutores visa à interseção das ações das redes RCPD e RAMI em ações conjuntas como exemplo, a atenção ao recém-nascido na TAN (Triagem Auditiva Neonatal) junto as maternidades de referência e componentes/serviços das mesmas visando qualificação da assistência.

## 2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO (ASIS)

---

A Análise da Situação de Saúde da Região Central Norte do Estado do Espírito Santo requer uma abordagem detalhada de diversos aspectos, incluindo demografia, principais indicadores de saúde, infraestrutura de saúde, desafios e oportunidades. Abaixo está uma visão geral baseada em aspectos comuns que são geralmente considerados nessas análises:

No Espírito Santo segue a tendência do Brasil apresentando nos últimos 5 anos também uma diminuição do número de nascidos vivos, excetuando o ano de 2018 em que todas as regiões tiveram aumento de nascimentos e o ano de 2020 que a região central norte também apresentou elevação do número de nascidos vivos.

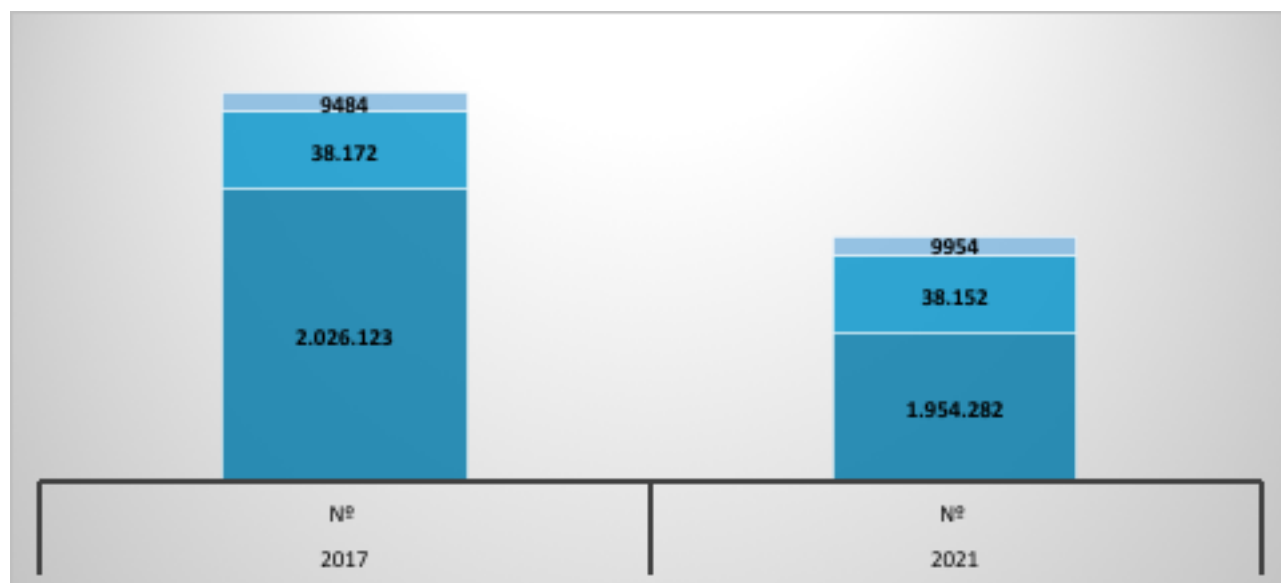
Observa-se ainda que dos 29 municípios que compõem a região central norte, 58,6% (17) apresentaram aumento de nascidos vivos no ano de 2020, um ano que devido a pandemia mesmo havendo uma recomendação para evitar concepção no país, esse cenário não se configurou na região.

### **Número absoluto e proporção de NV com 6 ou mais consultas de pré-natal por ano.**

O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado à melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (Domingues *et al.*, 2012). Desde 2000, a normatização do Ministério da Saúde define como pré-natal adequado à realização de seis ou mais consultas, preconizando que quanto maior o número de consultas pré-natais maior a garantia de uma gestação e parto seguros.

O Sistema de informação de nascidos vivos não fornece dados específicos de 6 ou mais consultas, sendo assim avaliado para efeito deste estudo, dados referentes a intervalo de 7 ou mais consultas, por se caracterizar no intervalo mais próximo para uma leitura da adequação do pré natal da região.

### **Gráfico: Percentual de Nascidos vivos com 7 ou mais consultas de Pré natal no Brasil, ES e Região Central Norte 2017 e 2021**

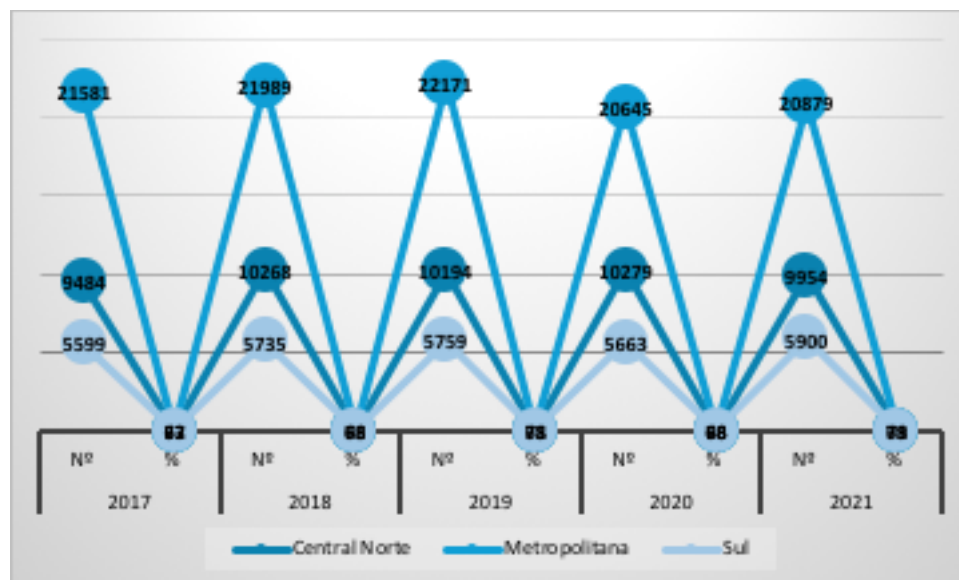


Fonte: SVS – MS, 2021

Conforme demonstrado na tabela acima no Brasil o número de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal realizadas pelas gestantes apresenta uma média de 71,3% nos últimos 5 anos, com tendência crescente, exceto em 2020 que houve diminuição devido a pandemia de Covid 19 que levou a menor realização de consultas pelo confinamento em casa. O ES acompanhou a mesma tendência observada no Brasil, entretanto em 2018, houve uma diminuição de percentual de 7 ou mais consultas de pré natal, alcançando apenas 67,7%, equivalendo a quase 3.0 percentuais de decréscimo. Sua média de 7 ou mais consultas de pré natal ficou abaixo do alcançado pelo país( 70,4%).

Em relação a região central norte, observa-se uma maior tendência mais linear no seu aumento de cobertura de 7 ou mais consultas de pré natal do que o visualizado no ES e Brasil. Verificou-se que apesar da pandemia a região conseguiu garantir o acesso das gestantes ao serviço não havendo diminuição percentual de consultas. Sua média de 7 ou mais consultas é maior (76,7%) que a do Estado e do Brasil e vem se mantendo há 3 anos em 78%.

**Gráfico: Percentual de Nascidos vivos com 7 ou mais consultas de Pré natal no por região de saúde do ES - 2017 a 2021**



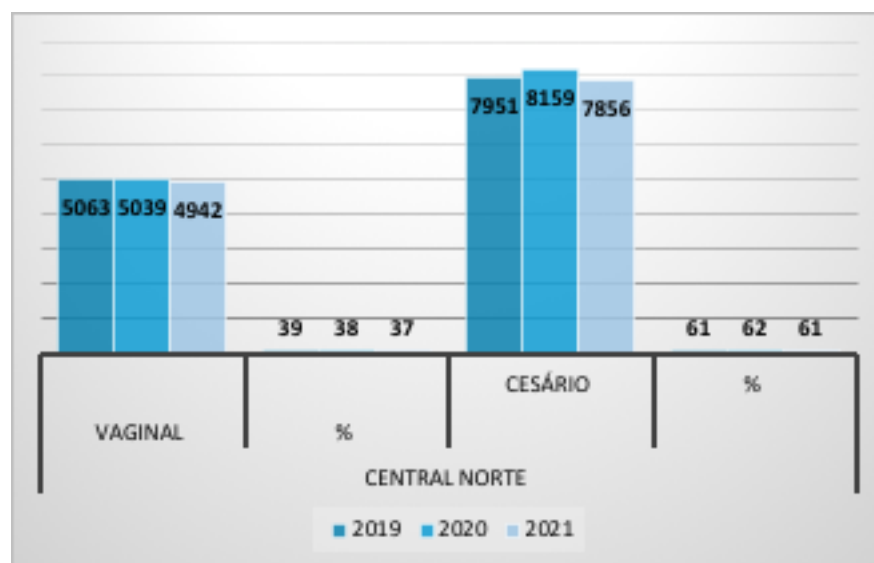
Fonte: Tabnet ES, 2021

O Gráfico acima demonstra ainda que a Central Norte é a região com maior percentual de gestantes com 7 ou mais consultas e que vem se apresentando com maior estabilidade de cobertura desse indicador em relação as demais. Observa-se também que todas as regiões do estado caminham em progressão ascendente para alcance do parâmetro do indicador e que a região metropolitana seguindo o observado nos dados Brasil também teve redução percentual de gestantes com 7 ou mais consultas no ano de 2020.

Os dados mostram ainda que a região sul apresentou a menor média (65,5%) de alcance do indicador em relação as demais região e ao estado (70,4%) nos últimos 5 anos.

**Série histórica dos últimos 5 anos com o número absoluto e percentual do tipo de parto - vaginal e cesáreo**

**Gráfico: Nº absoluto e percentual de parto vaginal e cesáreo por região de saúde Central Norte do ES. 2019 a 2021**



Fonte: Tabnet ES, 2021.

Apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendar taxas de cesáreas de no máximo 15%, vem se observando, desde o início da década de 70, uma tendência mundial para aumento deste tipo de parto.

Na análise da série Histórica dos últimos 5 do número absoluto e percentual do tipo de parto – vaginal e cesáreo nos anos de 2017 a 2021 no ES, percebemos um elevado percentual de parto cesariano em todas as regiões de saúde, uma realidade semelhante ao do país, com uma média de 63,7% de partos cesáreos nesses 5 anos.

A região Central Norte vem mantendo uma média abaixo do estado nesses 5 anos, com prevalência de 61% de partos cesáreos, necessitando dessa forma de implementar medidas que visem a redução de taxa desse indicador.

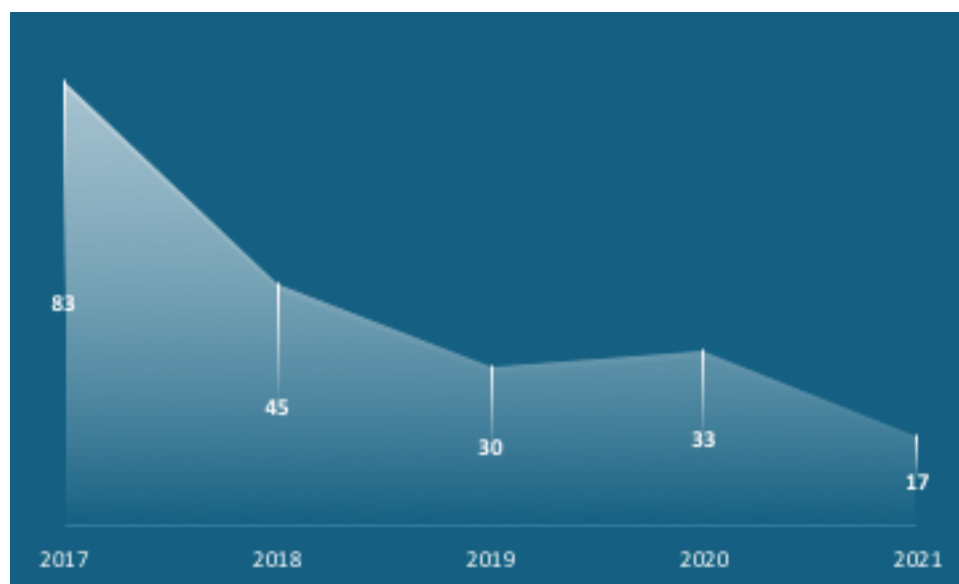
**Série histórica dos últimos 5 anos do número de crianças com transmissão vertical por sífilis, toxoplasmose e HIV;**

No Brasil, a transmissão vertical da sífilis é monitorada indiretamente, pela incidência de sífilis congênita. Na opinião dos especialistas, os dados oficiais deixam ver de forma clara que a sífilis congênita, relacionada

diretamente à contaminação de mulheres, é um problema em crescimento no país. De acordo com o Ministério da Saúde, no primeiro semestre de 2020, o Brasil obteve um ápice, com 8,9 mil diagnósticos da doença em recém-nascidos, ou seja, 1,5 mil pacientes a cada mês, ocorrendo 186 mortes.

Conforme demonstrado na tabela abaixo a região Central Norte, o maior número de casos de sífilis por transmissão vertical, nos últimos 5 anos, ocorreu em 2017 com 83 casos, sendo os 3 principais municípios de maior incidência, Linhares com 23 casos, São Mateus com 12 casos e Colatina com 09 casos, todos com mais de 100 mil habitantes. Já os municípios de Águia Branca, Alto do Rio Novo e Governador Lindemberg não apresentaram nenhum registro de caso de transmissão vertical por sífilis nesses mesmos períodos.

Tabela: Número de casos de Sífilis em menores de 5 anos na Região central Norte em 2017 a 2021



Fonte: DCCI – Indicadores Sífilis - MS

### A transmissão vertical do HIV

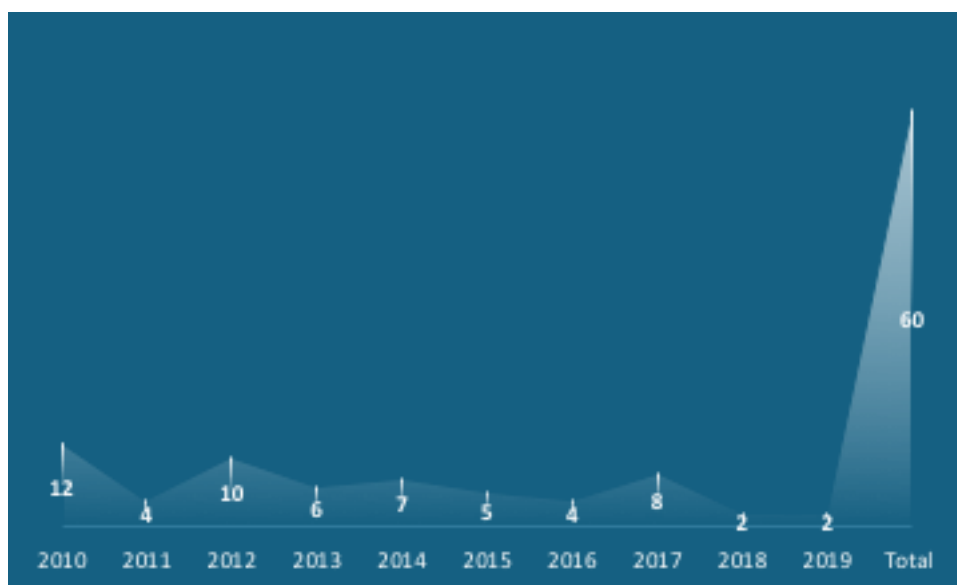
Ocorre da mãe para o feto ainda no período de gestação, durante o parto ou na amamentação do bebê; ainda é um desafio na saúde pública que necessita ser enfrentado pelas políticas de saúde do Brasil, apesar dos avanços obtidos nesta área.

De acordo com o Boletim Epidemiológico nº 35 do ES no estado, em 2010 ocorreram 12 casos de transmissão vertical de HIV, havendo um declínio significativo ao longo dos anos, contabilizando em 2019 a ocorrência de

apenas 02 casos no Estado, sendo um deles no município de Conceição da Barra localizado na região Central Norte.

A Meta para eliminação da Transmissão Vertical do HIV é de uma TAXA DE INCIDÊNCIA igual ou menor que 0,3 casos de crianças com Aids para cada mil nascidos vivos (OPAS). O Estado do ES já se encontra dentro deste parâmetro, porém ainda tem ocorrido casos de Aids em crianças

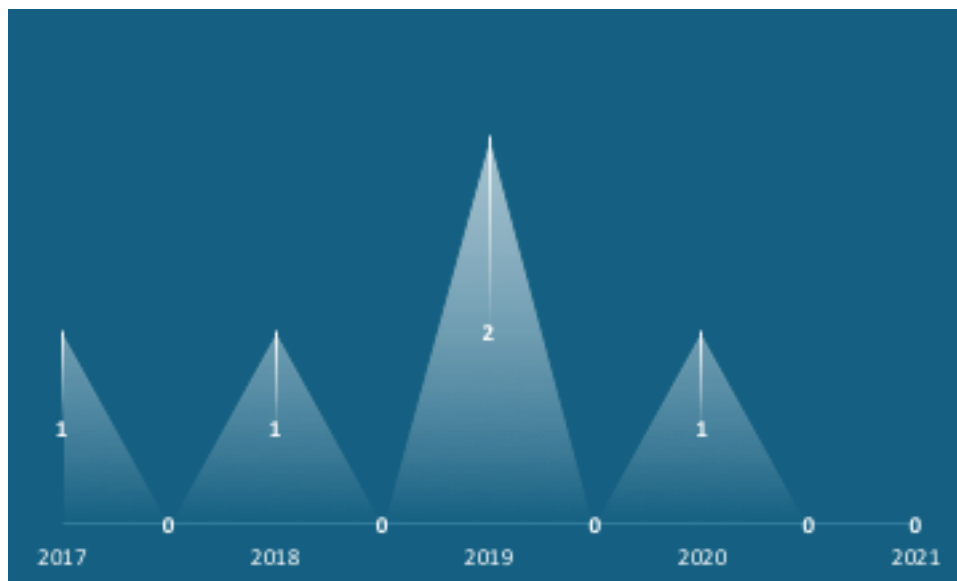
**Tabela: Casos de Transmissão vertical de HIV no ES 2010 a 2019**



Fonte: Boletim Epidemiológico Nº 35 - CE IST HIV/AIDS /ES – 2020

Conforme visualizado na tabela abaixo na região central-norte, observa-se que o número de casos de transmissão vertical por HIV vem em tendência decrescente desde 2017, excetuando o ano de 2019 que tivemos 100% de aumento, chegando em 2021 sem nenhum caso registrado na região.

**Tabela: Casos de Transmissão Vertical de HIV Região Central Norte 2017 a 2021**



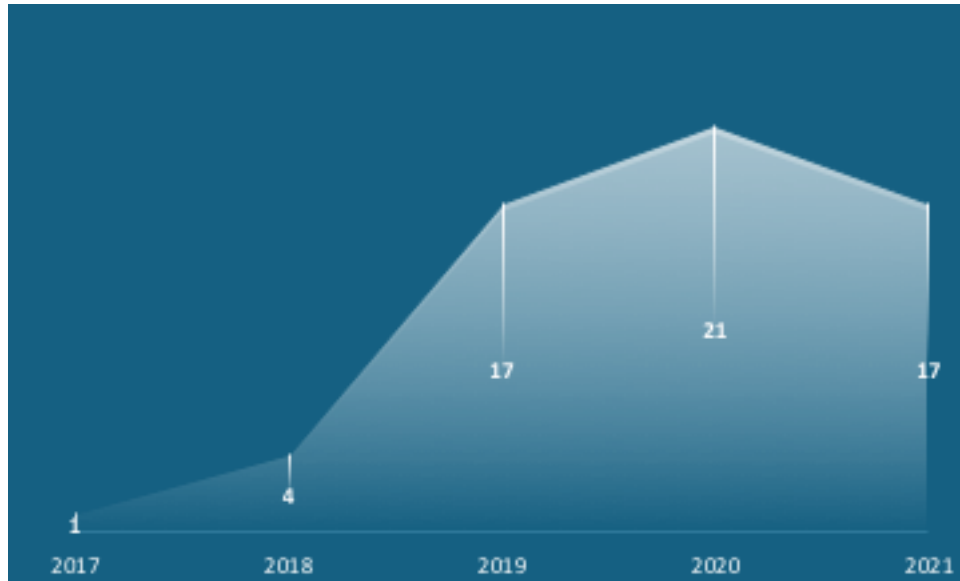
Fonte: DCCI – Indicadores AIDS - MS

Considerando-se gestantes sem tratamento para toxoplasmose, estima-se uma taxa de transmissão vertical de 17% quando a infecção aguda ocorre no primeiro trimestre, em torno de 25% no segundo trimestre e cerca de 65% no terceiro trimestre, sendo que no último mês pode atingir mais de 90%.

Apesar de não ser uma condição muito frequente, o alto risco de sequelas tardias torna a toxoplasmose congênita relevante e indica a necessidade de identificação e tratamento precoce das crianças acometidas.

Na região Central Norte, observa-se que nos últimos 3 anos houve aumento significativo de casos de toxoplasmose por transmissão vertical na região em relação aos anos de 2017 e 2018, chegando a termos 21 casos em 2020. Linhares foi o município que apresentou os maiores números de casos em 2020 e 2021 (12 e 10 casos respectivamente). Durante o período analisado não foi registrado nenhum caso nos municípios de Água Doce do Norte, Alto Rio Doce, Águia Branca, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Mantenópolis, São Domingos do Norte, São Roque do Canaã e Vila Pavão.

Tabela: Transmissão Vertical de Toxoplasmose na região Central Norte 2017 a 2021.

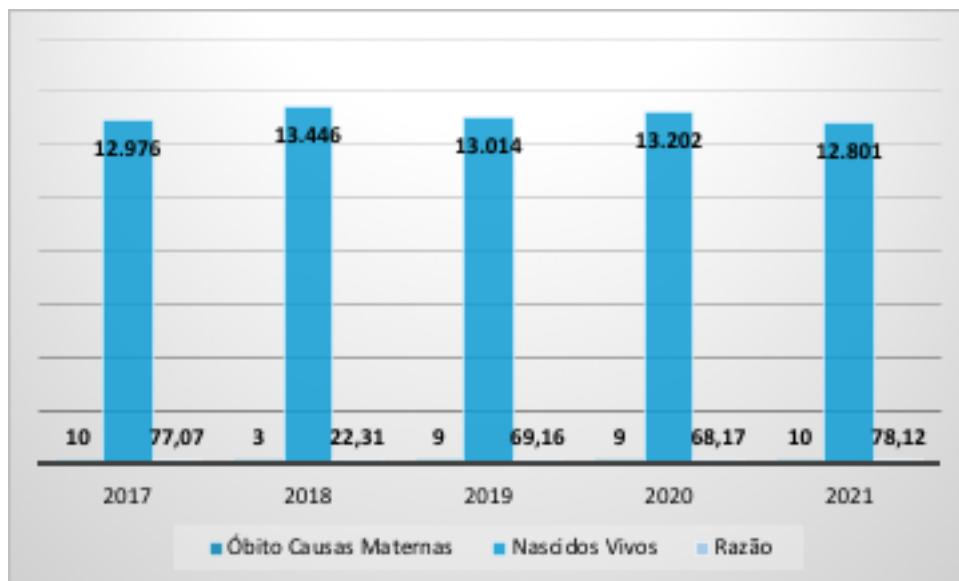


Fonte: SINAN(2017-2019) E e-SUS VS(2020-2021)

### Série histórica dos últimos 5 anos com o número absoluto e a razão de mortalidade materna.

O perfil de mortalidade materna nos últimos 5 anos nos mostra que a razão de mortalidade materna no Brasil assim como no Espírito Santo, vinha apresentando declínio nos anos de 2017 a 2019, com elevação a partir de 2020, mantendo-se em acréscimo em 2021.

Já a região Central Norte, só apresentou acréscimo de óbitos maternos em 2021 a abaixo dos valores encontrados no Brasil e estado. Ressalta-se também que a região apresentou ao longo desses anos a sua menor razão de mortalidade de 22,31 em 2018, com ocorrência de apenas 3 óbitos.

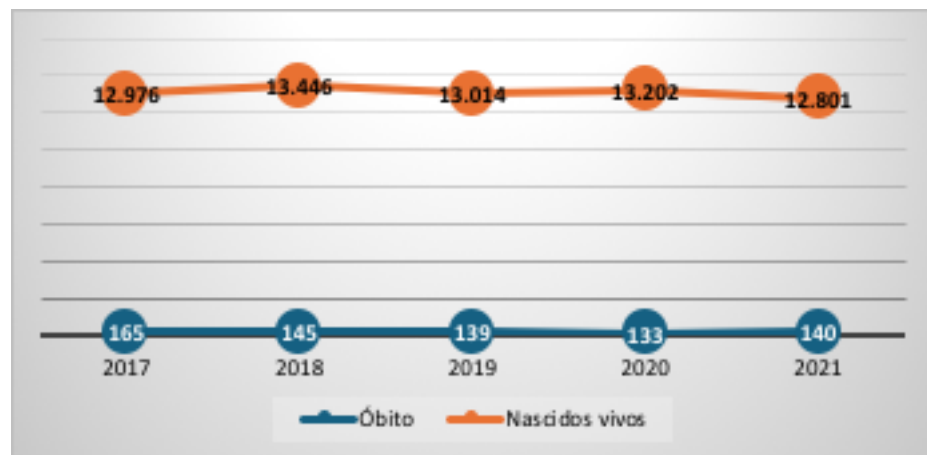


Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022

As causas do óbito materno giram em torno das causas obstétricas diretas e indiretas, havendo maior proporção de causas diretas no ano de 2018. Ressalta-se que a causas obstétricas diretas é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Já as causas obstétricas indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Fazendo uma análise da mortalidade infantil na região Central Norte, pode-se observar que os índices de mortalidade infantil nos anos de 2017 a 2020 foram superiores aos do Estado do Espírito Santo, exceto no ano de 2020 e 2021 que teve uma discreta redução. Comparada ao Brasil a região Central Norte manteve em taxa menor nos anos de 2018 a 2020.

As principais causas de mortalidade infantil nesse período da região estavam relacionadas a Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte, a asfixia ao nascer, ao desconforto respiratório do recém-nascido, a septicemia bacteriana do recém-nascido e a enterecolite necrotizante do feto e recém-nascido



Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

### Perfil de morbidade e mortalidade em adolescentes, jovens, adultos e idosos:

Série histórica dos últimos 5 anos com o número absoluto e percentual das principais doenças: diabetes mellitus, hipertensão, doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestório, TODAS as neoplasias, doenças psiquiátricas, dependência de álcool e outras drogas, causas externas, entre outras (GCE/Área Técnica disponibilizar ficha de qualificação do indicador);

Região Central / Norte	2016	% óbitos	2017	% óbitos	2018	% óbitos	2019	% óbitos	2020	% óbitos	Total	% óbitos
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	159	2,8%	168	2,9%	160	2,9%	188	3,2%	1.092	16,4%	1.767	6,0%
II. Neoplasias (tumores)	965	17,3%	875	15,2%	1.018	18,2%	1.068	18,2%	1.106	16,6%	5.032	17,1%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	26	0,5%	16	0,3%	12	0,2%	25	0,4%	21	0,3%	100	0,3%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	324	5,8%	341	5,9%	319	5,7%	371	6,3%	455	6,8%	1.810	6,1%
V. Transtornos mentais e comportamentais	63	1,1%	53	0,9%	52	0,9%	47	0,8%	64	1,0%	279	0,9%
VI. Doenças do sistema nervoso	190	3,4%	191	3,3%	213	3,8%	233	4,0%	232	3,5%	1.059	3,6%
VII. Doenças do olho e anexos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	5	0,0%
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.557	27,9%	1.643	28,5%	1.538	27,5%	1.556	26,6%	1.524	22,9%	7.818	26,5%
X. Doenças do aparelho respiratório	690	12,4%	741	12,8%	671	12,0%	677	11,6%	532	8,0%	3.311	11,2%
XI. Doenças do aparelho digestivo	293	5,3%	292	5,1%	298	5,3%	309	5,3%	280	4,2%	1.472	5,0%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	0,4%	26	0,5%	35	0,6%	25	0,4%	29	0,4%	138	0,5%
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	15	0,3%	31	0,5%	37	0,7%	37	0,6%	20	0,3%	140	0,5%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	158	2,8%	177	3,1%	199	3,6%	242	4,1%	176	2,6%	952	3,2%
XV. Gravidez parto e puerpério	10	0,2%	13	0,2%	6	0,1%	9	0,2%	10	0,2%	48	0,2%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	97	1,7%	101	1,7%	93	1,7%	81	1,4%	78	1,2%	450	1,5%
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	53	0,9%	59	1,0%	39	0,7%	43	0,7%	48	0,7%	242	0,8%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	56	1,0%	45	0,8%	54	1,0%	81	1,4%	101	1,5%	337	1,1%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	899	16,1%	1.001	17,3%	848	15,2%	861	14,7%	888	13,3%	4.497	15,3%
<b>TOTAL REGIÃO CENTRAL NORTE</b>	<b>5.580</b>		<b>5.774</b>		<b>5.593</b>		<b>5.855</b>		<b>6.656</b>		<b>29.458</b>	
<b>TOTAL ES</b>	<b>22.868</b>		<b>24.112</b>		<b>23.500</b>		<b>24.431</b>		<b>29.111</b>		<b>124.022</b>	

Fonte: MS/DATASUS/Tabnet – 11/10/2022

Mortalidade Geral, por Capítulo CID-10 e por ano, período 2016 a 2020 – Nº Absoluto e Percentual – Região Central/Norte-ES

Causa - CID-BR-10	Ano					Total
	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>032-052</b> <b>NEOPLASIAS</b>	<b>965</b>	<b>875</b>	<b>1018</b>	<b>1068</b>	<b>1106</b>	<b>5032</b>
. 032 Neopl malign do lábio, cav oral e faringe	57	57	53	60	67	294
. 033 Neoplasia maligna do esôfago	65	52	79	67	88	351
. 034 Neoplasia maligna do estômago	88	67	83	84	82	404
. 035 Neoplasia maligna do cólon,reto e ânus	54	63	104	69	85	375
. 036 Neopl malign do fígado e vias bil intrahepát	49	30	38	48	51	216
. 037 Neoplasia maligna do pâncreas	37	41	42	37	48	205
. 038 Neoplasia maligna da laringe	21	24	18	31	27	121



. 039 Neopl malig da traquéia,brônquios e pulmões	102	98	94	121	109	524
. 040 Neoplasia maligna da pele	9	15	10	9	13	56
. 041 Neoplasia maligna da mama	61	60	76	75	62	334
. 042 Neoplasia maligna do colo do útero	23	25	33	39	39	159
. 043 Neopl malig de corpo e partes n/esp útero	11	13	12	17	10	63
. 044 Neoplasia maligna do ovário	8	14	17	10	5	54
. 045 Neoplasia maligna da próstata	90	75	75	82	95	417
. 046 Neoplasia maligna da bexiga	16	18	24	28	17	103
. 047 Neopl malig mening,encéf e out partes SNC	36	27	43	35	48	189
. 048 Linfoma não-Hodgkin	17	17	16	20	18	88
. 049 Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	13	14	20	13	20	80

. 050 Leucemia	32	23	39	39	32	165
. 051 Neoplasias in situ, benignas, comportamento incerto	10	12	19	25	24	90
. 052 Restante de neoplasias malignas	166	130	123	159	166	744
<b>055-057</b> <b>ENDÓCRINAS,</b> <b>NUTRICIONAIS</b> <b>E</b> <b>METABÓLICAS</b>	<b>324</b>	<b>341</b>	<b>319</b>	<b>371</b>	<b>455</b>	<b>1810</b>
. 055 Diabetes mellitus	230	253	247	279	377	1386
. 056 Desnutrição	38	32	38	48	35	191
. 057 Rest das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	56	56	34	44	43	233
<b>058-059</b> <b>TRANSTORNOS MENTAIS</b> <b>E</b> <b>COMPORTAMENTAIS</b>	<b>63</b>	<b>53</b>	<b>52</b>	<b>47</b>	<b>64</b>	<b>279</b>
. 058 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	56	49	40	37	57	239
... 058.1 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	48	37	34	30	47	196



. 059	Rest	7	4	12	10	7	40
transtornos mentais e comportamentais							
<b>066-072</b>	<b>DOENÇAS</b>	<b>1557</b>	<b>1643</b>	<b>1538</b>	<b>1556</b>	<b>1524</b>	<b>7818</b>
<b>DO</b>	<b>APARELHO</b>						
<b>CIRCULATÓRIO</b>							
. 066	Febre reumát aguda e doen reum crôn coração	8	14	10	17	14	63
. 067	Doenças hipertensivas	257	285	270	261	294	1367
. 068	Doenças isquêmicas do coração	590	598	534	522	538	2782
... 068.1	Infarto agudo do miocárdio	519	517	475	460	481	2452
. 069	Outras doenças cardíacas	177	185	184	204	186	936
. 070	Doenças cerebrovasculares	450	455	447	461	417	2230
. 071	Aterosclerose	3	1	7	5	1	17
. 072	Rest doenças do aparelho circulatório	72	105	86	86	74	423
<b>073-077</b>	<b>DOENÇAS</b>	<b>690</b>	<b>741</b>	<b>671</b>	<b>677</b>	<b>532</b>	<b>3311</b>
<b>DO</b>	<b>APARELHO</b>						
<b>RESPIRATÓRIO</b>							

. 073	Influenza (gripe)	2	1	6	4	4	17
. 074	Pneumonia	448	454	391	368	267	1928
. 075	Out infec agudas das vias aéreas inferiores	1	5	1	1	6	14
... 075.1	Bronquiolite	-	3	-	1	4	8
. 076	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	179	224	216	251	192	1062
... 076.1	Asma	10	8	19	12	15	64
. 077	Restante doenças do aparelho respiratório	60	57	57	53	63	290
<b>078-082</b>	<b>DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO</b>	<b>293</b>	<b>292</b>	<b>298</b>	<b>309</b>	<b>280</b>	<b>1472</b>
. 078	Úlcera gástrica, duodenal e péptica	23	22	30	25	18	118
. 079	Peritonite	4	5	8	3	10	30
. 080	Doenças do fígado	124	127	108	152	122	633
... 080.1	Doença alcoólica do fígado	76	85	68	88	63	380



... 080.2 Fibrose e cirrose do fígado	37	23	25	51	40	176
... 080.3 Outras doenças do fígado	11	19	15	13	19	77
. 081 Colecistite	9	6	13	8	7	43
. 082 Rest doenças do aparelho digestivo	133	132	139	121	123	648
<b>104-113 CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE</b>	<b>899</b>	<b>1001</b>	<b>848</b>	<b>861</b>	<b>888</b>	<b>4497</b>
. 104 Acidentes de transporte	276	312	256	265	247	1356
. 105 Quedas	96	109	98	60	69	432
. 106 Afogamento e submersões acidentais	24	37	46	47	47	201
. 107 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	10	4	4	2	5	25
. 108 Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	7	9	4	5	3	28
. 109 Lesões autoprovoçadas voluntariamente	30	55	48	46	60	239

. 110 Agressões	332	393	293	281	353	1652
. 111 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	64	27	53	82	35	261
. 112 Intervenções legais e operações de guerra	-	2	-	-	-	2
. 113 Todas as outras causas externas	60	53	46	73	69	301
<b>Total</b>	<b>4791</b>	<b>4946</b>	<b>4744</b>	<b>4889</b>	<b>4849</b>	<b>24219</b>

Fonte: MS/DATASUS/Tabnet – 11/10/2022

### Taxa de Morbidade – Internações por local de residência, por Capítulo CID-10 e por Faixa Etária, 2020 – Nº Absoluto e Percentual – Região Central/Norte-ES

Capítulo CID-10	Menor 1 ano		1 a 14 anos		15 a 29 anos		30 a 59 anos		60 a 79 anos		80 anos e mais		Total
	Nº Absol	%	Nº Absol	%	Nº Absol	%	Nº Absol	%	Nº Absol	%	Nº Absol	%	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	373	30,3%	727	18,9%	658	13,0%	2331	13,1%	2099	15,6%	860	18,4%	7048
II. Neoplasias (tumores)	5	0,4%	92	2,4%	166	3,3%	2065	11,6%	1747	13,0%	345	7,4%	4420
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	37	3,0%	70	1,8%	66	1,3%	181	1,0%	130	1,0%	53	1,1%	537
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	32	2,6%	92	2,4%	110	2,2%	778	4,4%	698	5,2%	253	5,4%	1963
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0,0%	24	0,6%	155	3,1%	385	2,2%	53	0,4%	3	0,1%	620
VI. Doenças do sistema nervoso	33	2,7%	120	3,1%	99	1,9%	315	1,8%	131	1,0%	35	0,8%	733
VII. Doenças do olho e anexos	3	0,2%	7	0,2%	20	0,4%	102	0,6%	98	0,7%	12	0,3%	242
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,1%	19	0,5%	6	0,1%	10	0,1%	3	0,0%	0	0,0%	39
IX. Doenças do aparelho circulatório	18	1,5%	83	2,2%	187	3,7%	2268	12,8%	3246	24,1%	1042	22,3%	6844
X. Doenças do aparelho respiratório	263	21,4%	816	21,2%	248	4,9%	1037	5,8%	1354	10,1%	823	17,6%	4541
XI. Doenças do aparelho digestivo	77	6,3%	333	8,6%	551	10,9%	1800	10,1%	873	6,5%	231	5,0%	3865
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	38	3,1%	225	5,8%	160	3,2%	521	2,9%	367	2,7%	100	2,1%	1411
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	0,1%	86	2,2%	112	2,2%	479	2,7%	185	1,4%	21	0,5%	884
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	58	4,7%	264	6,9%	592	11,7%	1337	7,5%	929	6,9%	394	8,4%	3574
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	231	18,8%	88	2,3%	19	0,4%	43	0,2%	12	0,1%	0	0,0%	393
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	24	2,0%	106	2,8%	153	3,0%	411	2,3%	330	2,5%	129	2,8%	1153
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	23	1,9%	652	16,9%	1641	32,3%	3369	18,9%	1122	8,3%	344	7,4%	7151
XXI. Contatos com serviços de saúde	12	1,0%	49	1,3%	135	2,7%	351	2,0%	69	0,5%	21	0,5%	637
<b>Total</b>	<b>1229</b>	<b>100,0%</b>	<b>3853</b>	<b>100%</b>	<b>5078</b>	<b>100%</b>	<b>17783</b>	<b>100%</b>	<b>13446</b>	<b>100%</b>	<b>4666</b>	<b>100%</b>	<b>46055</b>

Fonte:

MS/DATASUS/Tabnet – 09/11/22

As causas de mortalidade geral prematura em homens destacam-se no ano de 2019, sendo as principais causas relacionadas a neoplasia maligna, diabetes e doenças do aparelho respiratório. No ano de 2020 destaca-se o aumento de mortalidade por doenças do aparelho circulatório com pouca variação de 2019. No

geral destaca com maior probabilidade nos anos as causas de neoplasia maligna e doenças do aparelho circulatório.

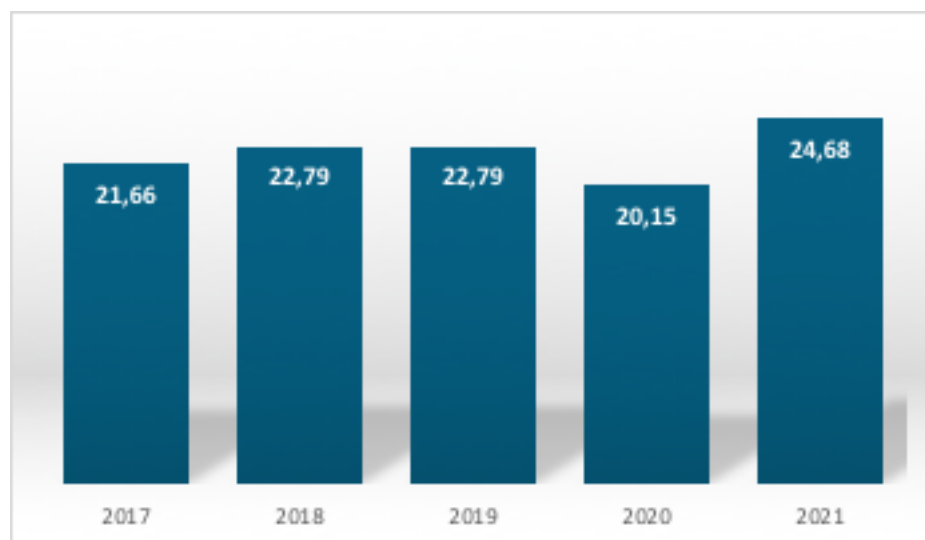
As causas de mortalidade geral prematura em mulheres destacam-se no ano de 2020 apresentando as principais causas neoplasias malignas e doenças do aparelho respiratório, para o ano de 2021 houve maior proporção de mortalidade no geral, e específico por causas de diabetes e doenças do aparelho circulatório. Destaca para as causas de mortalidade de forma geral neoplasias malignas e doenças do aparelho circulatório.

Considerando a série histórica de mortalidade prematura geral no Estado do Espírito Santo de 2017 a 2021, identifica-se que no ano de 2020 houve a maior taxa de mortalidade, destacando as doenças do aparelho circulatório. Em seguida o ano de 2021 com pouca redução de 4 casos no total, porém com destaque maior para as causas de Diabetes e doenças do aparelho respiratório. No contexto geral o Estado apresentou uma crescente mortalidade prematura de 2019 em diante, sendo as causas em destaque neoplasias malignas e doenças do aparelho circulatório.

### **Vigilância em Saúde:**

Série histórica dos últimos 5 anos, da cobertura vacinal para as crianças, gestantes e idosos;

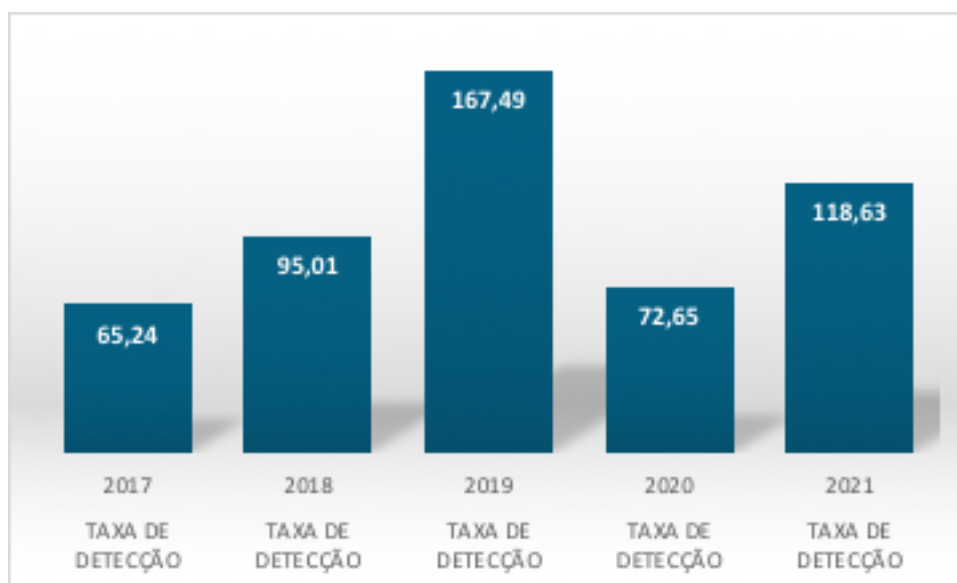
Série histórica dos últimos 5 anos com a taxa de incidência de Tuberculose na Região de Saúde Central Norte.



Fonte: Dados de 2020 e 2021 e-SUS VS, 2022

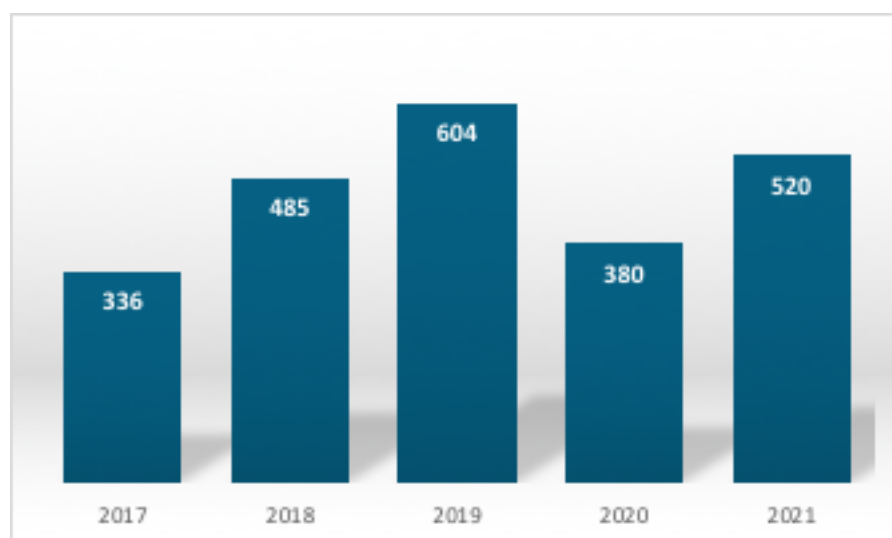
Série histórica dos últimos 5 anos com a taxa de incidência de Sífilis e demais IST;

**Taxa de Incidência (Por 100.000 Hab) de Casos Sífilis Em 15 Município Da SRSC D E2017 A 2021.**



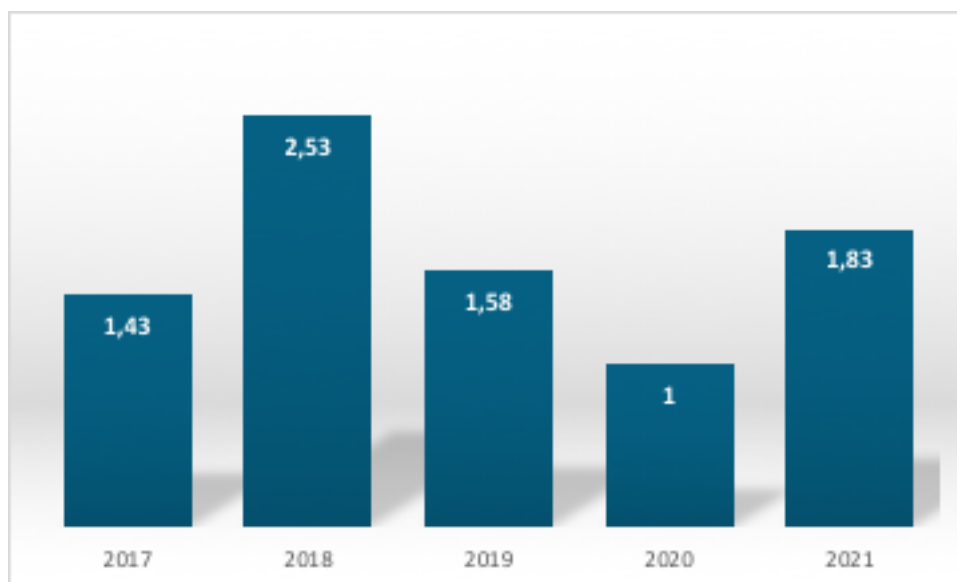
Fonte: TABNET - Ministério da Saúde/SVS - POPULAÇÃO RESIDENTE - ESTUDO DE ESTIMATIVAS POPULACIONAIS POR MUNICÍPIO, IDADE E SEXO 2000-2021 – BRASIL, 2022

**Taxa de Detecção (Por 1.000 Nascidos Vivos) De Casos De HIV em Gestante nos 15 Municípios Adscritos à SRSC, 2017 - 2021.**



Fonte: Dados de 2017 a 2019 - TABNET - Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2022.

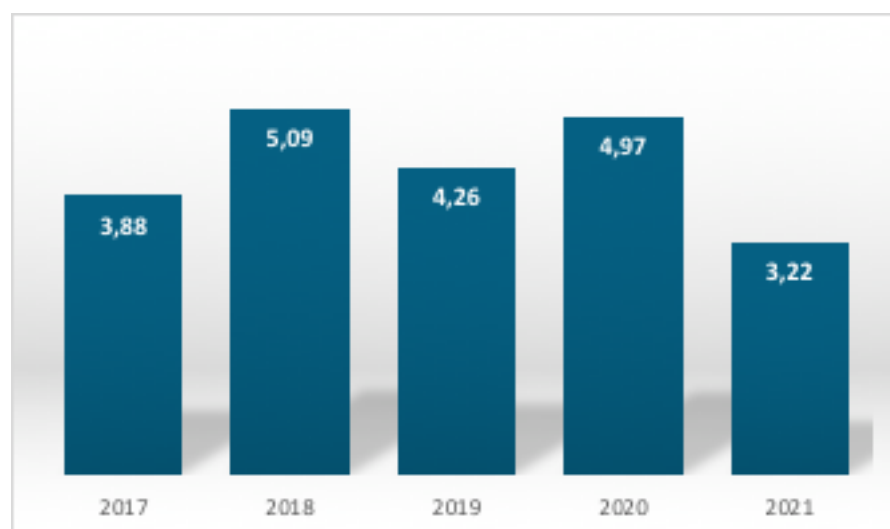
### Taxa de Detecção (Por 1.000 Nascidos Vivos) De Casos de HIV em Gestante nos 15 Municípios Adscritos à Srscc, 2017 - 2021



Fonte: Dados de 2017 a 2019 - TABNET - Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2022.

Série histórica dos últimos 5 anos da prevalência de Aids;

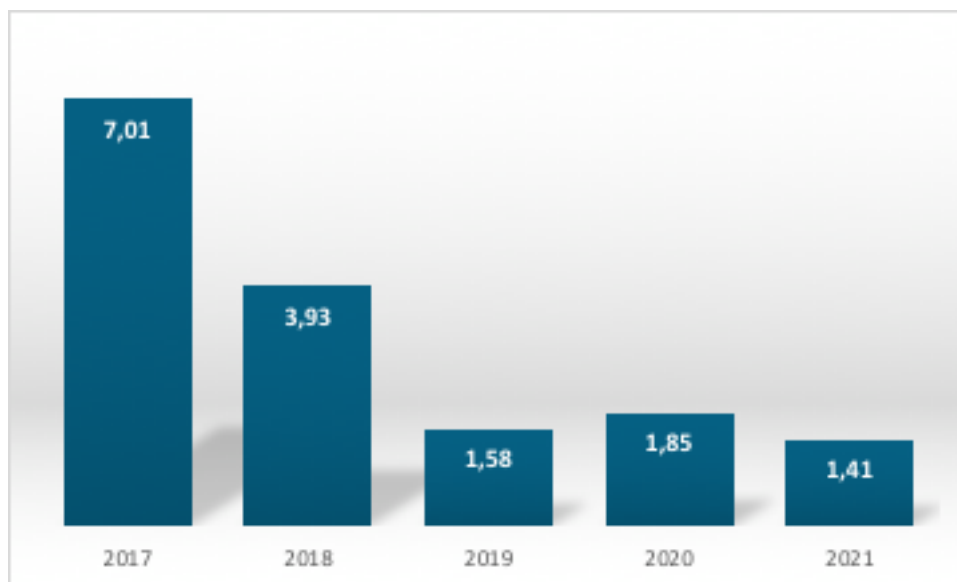
### Taxa de 5 anos de mortalidade (Por 100.000 Habitantes) por AIDS nos 15 Municípios adscritos à SRSC, 2017 – 2021



Fonte: TABNET - Ministério da Saúde/SVS - POPULAÇÃO RESIDENTE - ESTUDO DE ESTIMATIVAS POPULACIONAIS POR MUNICÍPIO, IDADE E SEXO 2000-2021 – BRASIL, 2022

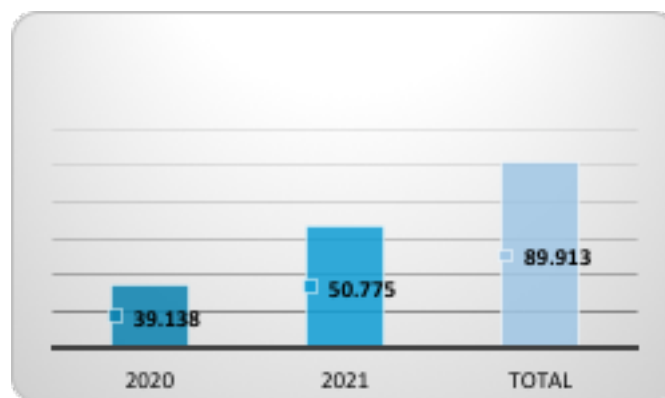
Número absoluto ou taxa de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade;

### Casos Notificados e taxa de Incidência (Por 1.000 Nascidos Vivos) de Sífilis Congênita nos 15 Municípios Adscritos à SRSC 2017 – 2021



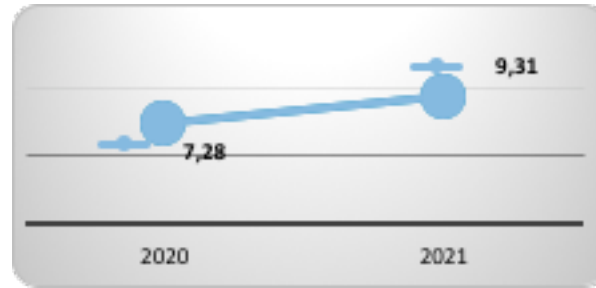
Fonte: Dados de 2020 e 2021 e-SUS VS/ Fonte: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>, 2022

Série histórica da Covid-19, discriminando o total de casos por 100.000 habitantes;



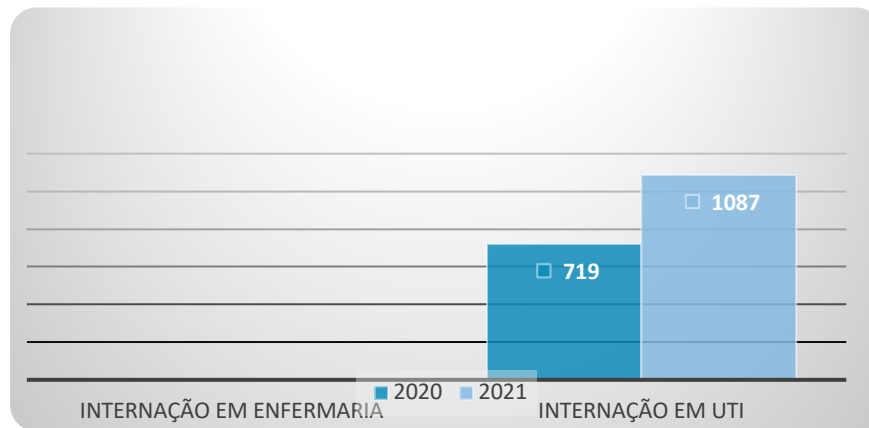
Fonte: ESUS/VS e tabnet, 2022

**Cálculo: Nº de casos confirmados\*100.000/ Total de Residentes**



Fonte: ESUS/VS e tabnet, 2022

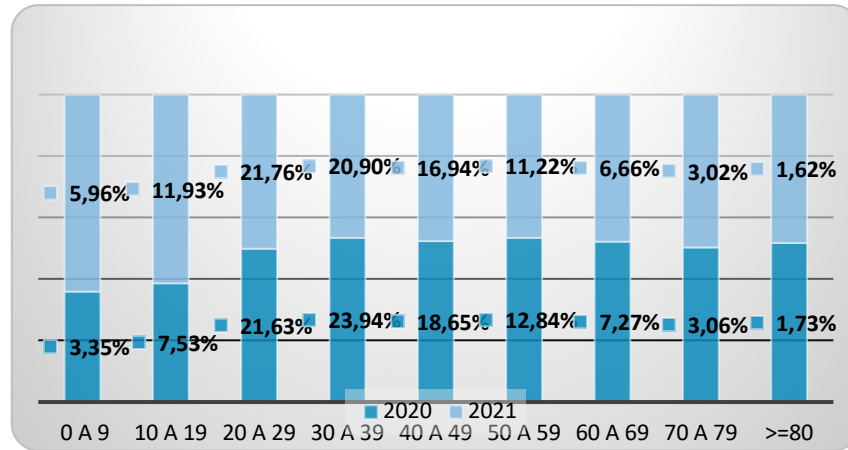
Série histórica dos casos de Covid-19, discriminando as internações em enfermarias e leitos de UTI;



Fonte: ESUS/VS e tabnet, 2022

OBS: Sem fontes de dados sobre internação em enfermarias, somente dados de hospitalização tanto no painel covid como no tabnet. Fui orientada pela minha referência estadual a utilizar dados concretos do painel, no caso internações em UTI.

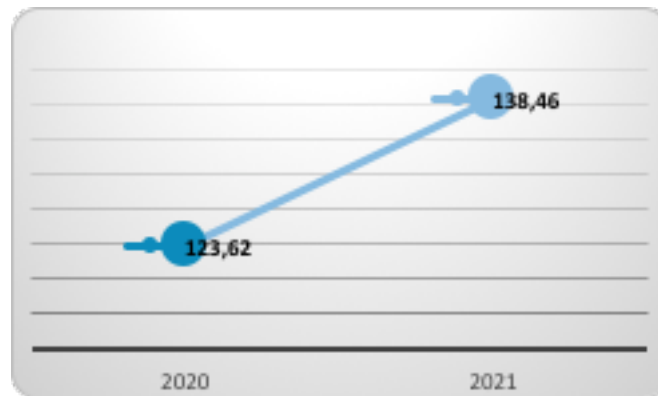
Série histórica dos casos de Covid-19, discriminando o número absoluto e percentual por faixa etária e o total de casos;



Fonte: Painel ESUS/VS, 2022

Cálculo: Nº de casos confirmados na faixa etária/Total de casos confirmados

Série histórica dos casos de Covid-19, discriminando a taxa de mortalidade por 100.000 habitantes;



Fonte: Painel ESUS/VS e tabnet, 2022

Cálculo: Nº de óbitos/total de residentes x 100.000

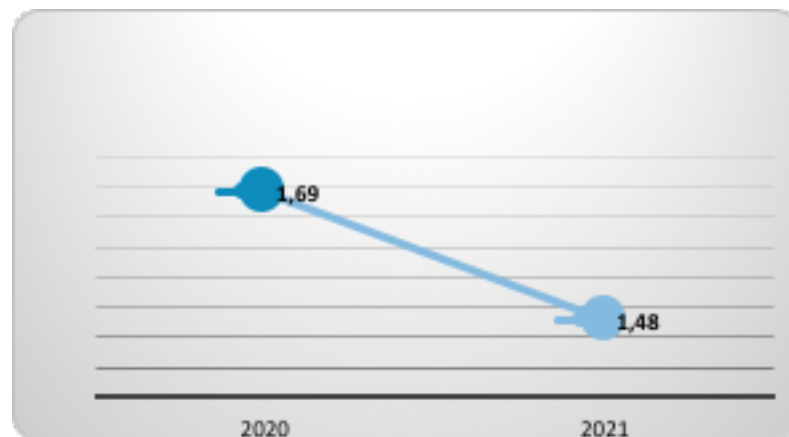
Série histórica dos casos de Covid-19, discriminando a taxa de letalidade.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Fonte: Painel ESUS/VS, 2022

### 3 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO (ASIS)

#### MACROPROBLEMAS DE SAÚDE E PRIORIDADES SANITÁRIAS

Na Região de Saúde Central-Norte do Espírito Santo, os macroproblemas sanitários refletem questões estruturais, sociais e epidemiológicas que impactam diretamente a saúde da população. Abaixo a principal prioridade sanitária

Os infográficos abaixo relatam a trajetória do Grupo de Trabalho (GT) da Região de Saúde Central Norte do Espírito Santo, após oficinas estruturante, reuniões presenciais e online, procuraram discutir e analisar, bem sugerir e aplicar melhorias na prioridade Sanitária que seria o foco das discussões e análises durante do processo do Planejamento Regional Integrado (PRI).

Infográfico demonstrando o status do Projeto.



Fonte: Grupo de Trabalho Região de Saúde Central Norte do Espírito Santo, 2024.

A prioridade sanitária da Região de Saúde Central-Norte do Espírito Santo foi direcionada a enfrentar os desafios trazidos pelos macroproblemas, buscando fortalecer a capacidade do sistema de saúde em lidar com essas questões e melhorar a qualidade de vida da população.

Segue abaixo o Infográfico demonstrando o status do Projeto na fase 3.



Fonte: Grupo de Trabalho Região de Saúde Central Norte do Espírito Santo, 2024.

Ampliação dos serviços de saúde mental, com integração de atendimento psicossocial na Atenção Básica e reforço dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ações preventivas para reduzir o impacto do uso de substâncias e promover o bem-estar psicológico.

Na Região de Saúde Central-Norte do Espírito Santo, a Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência (RCPD) tem um papel crucial para garantir a inclusão e a atenção integral a esse grupo populacional. A seguir estão os macroproblemas e as prioridades sanitárias dessa rede de atenção:

Segue abaixo o Infográfico demonstrando o status do Projeto na fase 3.



Fonte: Grupo de Trabalho Região de Saúde Central Norte do Espírito Santo, 2024.

Muitas pessoas com deficiência enfrentam barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais nos serviços de saúde, o que prejudica o acesso a cuidados regulares e especializados.

Unidades de saúde sem acessibilidade, ausência de equipamentos adaptados e transporte inadequado dificultam o atendimento de PCDs, especialmente nas áreas rurais.

Escassez de Serviços de Reabilitação:

A insuficiência de centros de reabilitação especializados e a demora no fornecimento de órteses, próteses e dispositivos assistivos representam um grande desafio.

Capacitação Insuficiente de Profissionais de Saúde:

Falta de formação adequada para os profissionais de saúde lidarem com as necessidades específicas das pessoas com deficiência, o que pode gerar atendimentos inadequados ou desumanizados.

Barreiras sociais, preconceito e falta de compreensão das necessidades das PCDs por parte da população e dos profissionais de saúde agravam o isolamento e a exclusão social dessas pessoas.

Dificuldades na articulação entre a atenção básica, especializada e os serviços de reabilitação, o que resulta em falhas na continuidade do cuidado e no acompanhamento regular.

As PCDs frequentemente enfrentam desafios emocionais, como depressão e ansiedade, que podem ser agravados pela exclusão social, limitações físicas e falta de suporte adequado.

Prioridades Sanitárias da Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência (RCPD):

Adequação da infraestrutura física das unidades de saúde, transporte público adaptado e eliminação de barreiras comunicacionais para garantir que PCDs possam acessar todos os níveis de cuidado com segurança e autonomia.

Aumentar a disponibilidade de centros de reabilitação, garantir o fornecimento de órteses, próteses e dispositivos assistivos em tempo adequado e ampliar as equipes multiprofissionais.

Implementar programas de capacitação contínua para os profissionais de saúde, com foco no atendimento humanizado, nas especificidades das diferentes deficiências e na promoção da saúde e reabilitação das PCDs.

Melhorar a articulação entre os serviços de atenção básica, especializada e de reabilitação, criando fluxos de atendimento claros e garantindo a continuidade do cuidado para as PCDs.

Oferecer apoio psicológico, atendimento especializado e programas de integração social para lidar com os transtornos mentais frequentes entre PCDs, como depressão e ansiedade, além de suporte às famílias.

Desenvolver políticas públicas e programas que promovam a participação ativa das PCDs na sociedade, garantindo o acesso à educação, ao trabalho e a atividades culturais e esportivas.

Criar mecanismos de monitoramento e avaliação dos serviços oferecidos à PCDs, utilizando indicadores que permitam medir a eficiência e qualidade do atendimento, garantindo a melhoria contínua.

Os macroproblemas enfrentados pela rede de atenção às pessoas com deficiência na Região Central-Norte do Espírito Santo estão ligados a questões estruturais, de capacitação e de acessibilidade. As prioridades sanitárias buscam garantir uma rede integrada, acessível e humanizada, promovendo a inclusão, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Na Região de Saúde Central-Norte do Espírito Santo, as prioridades sanitárias para a rede de atenção a pessoas com deficiência (PCD) são moldadas para garantir a inclusão, acessibilidade e atendimento integral dessa população. As principais prioridades incluem:

**Acesso e Inclusão:** Assegurar que as pessoas com deficiência tenham acesso pleno aos serviços de saúde, incluindo infraestrutura acessível, transporte adaptado e a eliminação de barreiras físicas e comunicacionais nos serviços de saúde.

**Reabilitação e Equipamentos:** Fortalecer os serviços de reabilitação física, auditiva, visual e intelectual, garantindo a oferta de órteses, próteses e outros dispositivos assistivos que auxiliem na melhoria da qualidade de vida das PCDs.

**Capacitação de Profissionais de Saúde:** Capacitar os profissionais de saúde para atender de forma adequada e humanizada as pessoas com deficiência, com ênfase em habilidades de comunicação, manejo de condições específicas e atendimento especializado.

**Integração com Atenção Básica:** Integrar os serviços especializados para PCDs com a Atenção Básica, facilitando o acesso e o acompanhamento contínuo dessas pessoas, promovendo ações preventivas e de promoção da saúde.

**Atenção à Saúde Mental:** Implementar e fortalecer os serviços de saúde mental voltados para PCDs, considerando as particularidades emocionais e psicológicas dessas pessoas, além de proporcionar apoio às famílias.

**Promoção da Autonomia e Qualidade de Vida:** Fomentar programas que promovam a autonomia e a participação social das pessoas com deficiência, incluindo o acesso a atividades físicas, culturais e educacionais adaptadas.

**Monitoramento e Avaliação:** Estabelecer sistemas de monitoramento e avaliação contínua para garantir que os serviços oferecidos às PCDs estejam atendendo suas necessidades de maneira eficaz e que os indicadores de saúde estejam melhorando.

Essas prioridades visam a criação de uma rede de atenção integral que respeite as particularidades das pessoas com deficiência, promovendo a inclusão social e a melhoria contínua dos serviços de saúde.

## O vazio assistencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

Na Região de Saúde Central-Norte do Espírito Santo, as prioridades sanitárias para a rede de atenção a pessoas com deficiência (PCD) são moldadas para garantir a inclusão, acessibilidade e atendimento integral dessa população. As principais prioridades incluem:

**Acesso e Inclusão:** Assegurar que as pessoas com deficiência tenham acesso pleno aos serviços de saúde, incluindo infraestrutura acessível, transporte adaptado e a eliminação de barreiras físicas e comunicacionais nos serviços de saúde.

**Reabilitação e Equipamentos:** Fortalecer os serviços de reabilitação física, auditiva, visual e intelectual, garantindo a oferta de órteses, próteses e outros dispositivos assistivos que auxiliem na melhoria da qualidade de vida das PCDs.

**Capacitação de Profissionais de Saúde:** Capacitar os profissionais de saúde para atender de forma adequada e humanizada as pessoas com deficiência, com ênfase em habilidades de comunicação, manejo de condições específicas e atendimento especializado.

**Integração com Atenção Básica:** Integrar os serviços especializados para PCDs com a Atenção Básica, facilitando o acesso e o acompanhamento contínuo dessas pessoas, promovendo ações preventivas e de promoção da saúde.

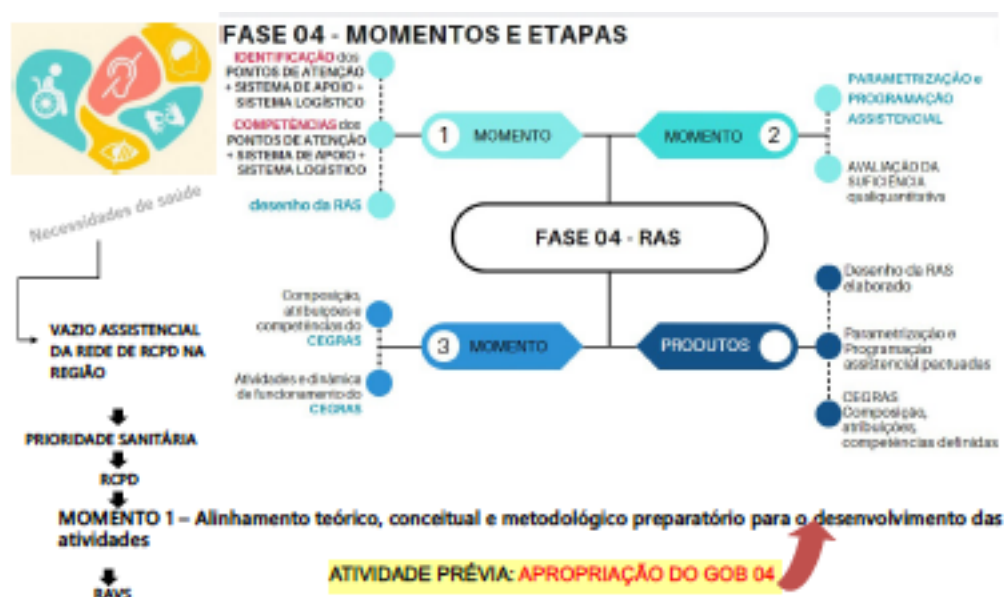
**Atenção à Saúde Mental:** Implementar e fortalecer os serviços de saúde mental voltados para PCDs, considerando as particularidades emocionais e psicológicas dessas pessoas, além de proporcionar apoio às famílias.

**Promoção da Autonomia e Qualidade de Vida:** Fomentar programas que promovam a autonomia e a participação social das pessoas com deficiência, incluindo o acesso a atividades físicas, culturais e educacionais adaptadas.

**Monitoramento e Avaliação:** Estabelecer sistemas de monitoramento e avaliação contínua para garantir que os serviços oferecidos às PCDs estejam atendendo suas necessidades de maneira eficaz e que os indicadores de saúde estejam melhorando.

Essas prioridades visam a criação de uma rede de atenção integral que respeite as particularidades das pessoas com deficiência, promovendo a inclusão social e a melhoria contínua dos serviços de saúde.

Segue abaixo o Infográfico demonstrando o status do Projeto na fase 4.



Fonte: Grupo de Trabalho Região de Saúde Central Norte do Espírito Santo, 2024.

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria Nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 03 de agosto de 2023, às 14:00 horas no auditório da SESA/Enseada, Vitória - ES. Considerando a 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;

Considerando a Resolução CIB-ES/SUS-ES nº 153/2020 que aprova os limites regionais instituindo no território do Estado do Espírito Santo – ES, 03 (três) Regiões de Saúde: Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul;

Considerando a Resolução CIB-ES/SUS-ES nº 179/2021 e Resolução CIR Central Norte nº 038/ 2021 que aprova a instituição do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM), Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde do Planejamento

Regional Integrado – PRI, com atualização dos membros na Resolução nº 047/2022 da CIR Central Norte homologada pela resolução CIB nº 216/2022; Considerando que a FASE 03 do referido Projeto, prevê a realização de 03 (três) etapas: Etapa 1 – Elaboração da Análise da Situação de Saúde (ASIS); Etapa 2 – Elaboração da análise de capacidade instalada da RAS e Etapa 3 – priorização dos macroproblemas e definição de prioridades sanitárias.

A resolução CIB/ES nº 187/2023 que versa sobre a FASE 03 do referido Projeto homologa a Resolução nº 027/2023 da CIR Central Norte, que aprova a Fase 3 do Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – Regionalização da Região de Saúde Central Norte, com a priorização dos macroproblemas de saúde, tendo como Prioridades Sanitárias:

Vazio assistencial da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPD);

Vazio assistencial da Rede de Atenção Psicossocial;

Implementação da Política de Saúde do Idoso;

Implementação da atenção integral em saúde bucal.

Uma vez identificadas e pactuadas as prioridades sanitárias na (RS), todos os pontos de atenção e sistemas de apoio e logísticos, que correspondem à estrutura operacional das RAS necessários à organização do cuidado, deverão ser identificados. Assim, fomos a elencar os pontos de atenção e sistema de apoio e logísticos existentes, deve-se apontar as deficiências, vazios assistenciais e sobreposições observadas. Desta forma, se considerou as orientações do Guia Operacional Básico (GOB) da fase 4 foram realizadas reuniões conjuntas entre GTM, Grupo Condutor Regional da RCPD e Câmara Técnica da CIR Central Norte foram realizadas dias; 26/09/23, 11/10/23, 08/11/23, 22/11/23, 28/11/23, 15/11/23 e 28/12/23 com objetivo de aprofundamento/elaboração do PRI com foco nos macroproblemas de saúde e prioridades sanitárias, em especial o vazio assistencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Veja o consolidado abaixo:

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

Introdução

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, foi proposta pelo Ministério da Saúde com base na inclusão da pessoa com deficiência à rede de serviços existentes, envolvendo desde a Atenção Básica até os serviços de reabilitação e de cuidados especializados.

Seus objetivos incluem a ampliação do acesso e qualificação do cuidado às pessoas com deficiência no SUS, através do acolhimento e classificação de risco, sua vinculação a pontos de atenção específicos, voltados principalmente para reabilitação, e a articulação e integração dos diferentes pontos de atenção da rede.

A RCPD abrange pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, definindo o cuidado para deficiências físicas, auditivas, intelectuais, transtornos do espectro do autismo, visuais, ostomizados e múltiplas deficiências no âmbito do SUS.

São componentes e pontos de atenção:

- Atenção Básica: composto por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Atenção Odontológica.
- Atenção Especializada: onde se inserem os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (habilitados anteriormente à Portaria GM/MS nº 793/2012, que veda novas habilitações para esse tipo de ponto de atenção), os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e as Oficinas Ortopédicas (local e itinerante).
- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência: classificação de risco, equipes de referência em reabilitação na urgência e emergência para ação pré-deficiência, acesso regulado e urgências e emergências odontológicas.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) - PONTOS DE ATENÇÃO

Centros Especializados em Reabilitação (CER)

- APAE de Nova Venécia - CER II - modalidade física e intelectual, abrange 14 municípios que compõem a região Norte do Estado do Espírito Santo, a saber: Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa

Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão. Está credenciada ao SUS, oferecendo atendimentos em serviços de fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, ortopedia, neurologia e neurologia pediátrica.

- APAE de Colatina - CER IV - oferece atendimentos clínicos nos setores de Assistência Social, Fisioterapia Motora, Equoterapia, Hidroterapia, Fisioterapia Respiratória, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Psicopedagogia e Neurologia. Também oferece Teste da Orelhinha pelo SUS a bebês menores de um ano e mantém o CTA – Centro de Tratamento Autista. É importante evidenciar que o CER IV é referência de Reabilitação Visual para os 78 municípios do ES, como também, Referência em Reabilitação Auditiva para os 29 municípios da Região Central/Norte. Em Reabilitação Física e Intelectual abrange os municípios de Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Itaguaçu, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha e São Roque do Canaã.

- Núcleo Regional de Especialidades de São Mateus - NRESM, conta o Serviço de Atenção às Pessoas Ostromizadas. Atende os 14 municípios do extremo norte da Região Central/Norte: Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, São Mateus, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e Vila Pavão. Cada Município conta com uma referência técnica para monitorar o atendimento ao paciente juntamente com a equipe de ESF (Estratégia de Saúde da Família) de sua área de abrangência.

A APAE de Nova Venécia - CER II: modalidade física e intelectual oferecendo atendimentos em serviços de fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, ortopedia, neurologia e neurologia pediátrica. Oferta Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMs) - (Fonte; pós planejamento ICEPi)

Núcleo Regional de Especialidades de Colatina - NREC conta com uma equipe composta por um Técnica em Enfermagem, uma Enfermeira e uma Assistente Social. São atendidos pacientes de 15 municípios. Possui o Serviço de Atenção às Pessoas Ostromizadas; NREC - Nucleo Regional de Especialidades de Colatina referente à Órtese e Prótese Oftalmológicas, já está acontecendo, conforme comunicado através do Ofício/SRSC/GS/304/2023, encaminhado aos Secretários Municipais de Saúde dos 15 municípios que compõem a Região Central.

Serão disponibilizados óculos de grau tipo monofocal, multifocal e bifocal, com lentes esféricas, de 1,50 a 20,00, dioptrias positivo ou negativo, inclusas as lentes para GRAU ALTO, armação de acetato ou metal, de cores variadas, para atendimento aos pacientes cadastrados no programa;

Centro de Especialidades Odontológicas da Região Central/Norte:

- 1) NOVA VENÉCIA - CEO tipo I - com gestão municipal;
- 2) COLATINA - CEO tipo II - com gestão municipal;

Região Central/Norte - Saúde bucal e bucomaxilofacial - Tratamento cirúrgico do paciente com necessidades especiais - PNE/PCD (regulação ambulatorial e regulação de leitos).

Adultos - HJSN

Pediátrico – HIMABA

-Central/Norte - Reabilitação Integral a PCD/Física (regulação ambulatorial e regulação de leitos).

Adulto - CREFES

Serviços de Oficina Ortopédica são:

CREFES que conta a oficina ortopédica, habilitada pela portaria SAS/MS nº 563/2013, que realiza a dispensação, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM).

- No CER de Nova Venécia o fluxo de concessão/dispensação de OPM é realizado pelo CREFES e contra referenciado ao CER. O paciente é avaliado pelo ortopedista no CER, que preenche as requisições e encaminha ao CREFES para concessão, dispensação e adaptação das OPM. Após o paciente é contra referenciado ao CER do território para habilitação/reabilitação com treino, adequação, adaptação, orientações e acompanhamento quanto ao uso e manutenção das OPM.

Não temos implantada Oficina Ortopédica na Região (proposta de Linhares e Nova Venécia prevista em PGASS) mas existe a dispensação de meios auxiliares de locomoção (OPM) nos CER Colatina e Nova Venécia

No CER de Colatina o fluxo assistencial de acesso às Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMs), tem se organizado de forma em que os municípios da região Central/Norte – PDR/ES, referenciem seus pacientes até o CER IV de Colatina para realizar as devidas avaliações. Na Deficiência Física, a instituição vem dispensando diversos equipamentos, dentre eles: o Cadeira de Rodas Obeso; o Cadeira de Rodas Monobloco; o Cadeira de Rodas Motorizada (Adulto/Infantil). As solicitações de OPMs que não estão na listagem acima, são encaminhadas para o serviço de referência estadual – CREFES - Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo.

Quanto à Atenção Terciária (hospitalar), o Estado do Espírito Santos conta com um Hospital (HUCAM) para cirurgia de Implante Coclear e um Hospital Especializado em Reabilitação (CREFES) com 29 leitos para reabilitação intensiva; 2 Hospitais para atendimento à Saúde Bucal - Hospital Dório Silva (acima de 18 anos) e Hospital HEIMABA (zero a 18 anos); e os serviços de Urgência e Emergência.

A Triagem Neonatal (TN) é uma política transversal, que prevê ações compartilhadas tanto na Atenção Básica como na Média e Alta Complexidade. As pessoas com as doenças detectadas no Programa, são acompanhadas por equipes multidisciplinares em serviços especializados, visando a sua saúde integral, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida.

Os usuários que demandam assistência oncológica são referenciados para os serviços do Hospital e Maternidade São José em Colatina e o Hospital Rio Doce em Linhares, podendo ser contrarreferenciado para a região metropolitana de acordo com o quadro clínico.

Em síntese, a maioria dos serviços que a pessoa com deficiência demanda na Atenção Terciária estão localizados na Região Metropolitana e o acesso é por referência dos serviços de atenção básica e média complexidade localizados na Região Central Norte.

Saúde bucal e bucomaxilofacial - Tratamento cirúrgico do paciente com necessidades especiais - PNE/PCD (regulação ambulatorial e regulação de leitos). Sendo Adultos no HJSN e Pediátrico no HIMABA.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) - VIGILÂNCIA

Vigilância de óbitos com investigação dos maternos, infantis e fetais pelas vigilâncias epidemiológicas municipais;

Comitês Regionais para análise das das investigações acima;

Inspeções sanitárias nos serviços que atendem a PCD;

Ações de controle das arboviroses (zika);

Notificações e-sus VS;

Orientação da APS e monitoramento dos agravos de interesse e relacionados aos fatores de risco infecções congênitas por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e vírus da imunodeficiência humana-HIV; E, infecções bacterianas ou virais pós-natais (citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite);

Enfrentamento da baixa cobertura vacinal (polio, meningite, )

Desenvolvimento de monitoramento de pacientes (agravos ou doenças) DANTS) que evoluem para deficiência (pré diabético) necessidade de OPM.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) - SISTEMAS DE APOIO

A Região Central Norte possui mais de 272 ESF, 192 ESB, 1681 ACS sendo que somente 4 (quatro) municípios têm cobertura de ESF abaixo de 80%, sendo eles Alto Rio Novo, Colatina, São Mateus e Sooretama, e os demais ultrapassam os 80% de cobertura populacional. As ESF, PACS e EAB são pontos de atenção triagem neonatal, diagnóstico precoce e atendimento à PCD. (Fonte: pós planejamento ICEPi e e-gestor ab referente a dez/2021)

Triagem Neonatal (TN) é uma política transversal, que prevê ações compartilhadas tanto na Atenção Básica como na Média e Alta Complexidade / Maternidades.

O diagnóstico a doenças raras é estruturada na Atenção Primária e na Atenção Especializada, em conformidade com as Rede de Atenção à Saúde e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS, é fundamental que exista referência bem regulada para cuidado compartilhado do manejo pelas equipes de APS, AAE e AH.(Fonte: Linha de Cuidado Auditiva/SESA).

domicilio

- Cadastrar as famílias da microárea e qualificar as informações dos usuários com deficiência.
- Realizar visita domiciliar e orientação para as famílias – pelo agente comunitário de saúde (ACS) e demais membros da equipe de saúde.

- Realizar busca ativa de agravos e proceder às intervenções intersetoriais
- Acompanhar as famílias de forma geral e especial em situação de vulnerabilidade

#### Atendimento domiciliar:

- Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado etc.).

#### Assistência Farmacêutica Básica

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica está relacionado aos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica à Saúde, e aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos. O acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) se dá através das Unidades Básicas de Saúde dos municípios onde reside o paciente que atende a pessoa com deficiência (PCD) e acompanha suas principais necessidades. Acesse o componente básico da assistência farmacêutica no link abaixo: [https://farmaciacidade.es.gov.br/Media/farmaciacidade/Medicamentos/Componente\\_Basico\\_da\\_Assistencia\\_Farmacutica\\_\(2\).pdf](https://farmaciacidade.es.gov.br/Media/farmaciacidade/Medicamentos/Componente_Basico_da_Assistencia_Farmacutica_(2).pdf)

Centros de Especialidades Odontológicas NOVA VENÉCIA - CEO tipo I e COLATINA - CEO tipo II ofertam diagnóstico. (Fonte; pós planejamento ICEPi)

A Triagem Neonatal (TN) é uma política transversal, que prevê ações compartilhadas tanto na Atenção Básica como na Média e Alta Complexidade. As pessoas com as doenças detectadas no Programa, são acompanhadas por equipes multidisciplinares em serviços especializados, visando a sua saúde integral, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida. (Fonte; pós planejamento ICEPi)

Os usuários que demandam assistência oncológica são referenciados para os serviços do Hospital e Maternidade São José em Colatina e o Hospital Rio Doce em Linhares, podendo ser contrarreferenciado para a região metropolitana de acordo com o quadro clínico. (Fonte; pós planejamento ICEPi)

## Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) - COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO, SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICO

### Transporte Sanitário

Os municípios garantem transporte sanitário aos usuários da RCPD aos seus principais serviços especializados CER de Nova Venécia e Colatina para terapias, consultas e tratamentos de reabilitação, o acesso é via APS e centrais municipais de transporte. O números de carros adaptados por município?

Conceição da Barra: 1 micro-onibus (22 lugares), processo licitatório de van (acessibilidade) (12 lugares), van pestalozzi (12 lugares);

Colatina:

Sooretama: não possui. Somente veículo escolar;

São Gabriel da Palha não possui;

Vila Valério a SEMUS (1 veículo) e a APAE (1 veículo) possuem VAN's adaptadas (acessibilidade para cadeirante) com capacidade para 15 passageiros cada e a SEMUS está em processo de compra mais um;

Vila Pavão: tem um micro-ônibus (22);

Nova Venécia: van em processo de licitação;

Pedro Canário: Tem 1 van sem acessibilidade (de 15 lugares) para o transporte no CER Nova venécia. Tem 01 microonibus (02 vagas de acessibilidade para cadeirantes) 01 van (02 vagas de acessibilidade para cadeirantes) que fazem outras rotas.

Montanha: tem 1 van sem acessibilidade (de 15 lugares), A APAE Montanha uma van sem acessibilidade (15 lugares)

Sooretama: 3 vans (15) e micro-ônibus (23 lugares), ônibus (43 lugares), ambulância e 2 semi-UTIs;

Linhares: 01 ônibus acessível com vagas para pessoas com deficiência.

São Gabriel da Palha: possui van sem acessibilidade temos que faz o transporte para os pacientes ao Cer Colatina.

Rio Bananal: possui uma ambulância usada para transportar pacientes deficientes; tem um micro-ônibus adaptado;

Barra de São Francisco: Secretaria de Saúde - 2 Vans adaptadas e 1 ônibus adaptado APAE - 1 van adaptada.

Os municípios contam com Sistemas de informações diferenciados para prestar e registrar atendimento à população, alguns utilizam o e-SUS PEC, outros Sistema de informação terceirizado ou prontuários físicos, algo que impossibilita a unificação de dados. A região não consegue integrar as informações dos usuários da Rede de Deficiência para monitoramento e controle em um único sistema. O SISAB que recebe as informações de cadastros de usuários e atendimentos não apresenta detalhamento de todos os agravos de saúde pública para que se possa mensurar e avaliar a quantidade e a qualidade da assistência prestada.

(Fonte; pós planejamento ICEPI)

### Transporte Sanitário

Os CERs ofertam transporte apenas aos municípios sedes dos serviços, o CER IV de Colatina possui 4 (três) carros adaptados para transporte de cadeirantes e o CER II Nova Venécia com 1 (um) micro-ônibus adaptado. Ambos serviços contam com veículos comuns para transporte de usuários da educação ou assistência social.

Os municípios garantem transporte sanitário aos usuários da RCPD aos seus principais serviços especializados CER de Nova Venécia e Colatina para terapias, consultas e tratamentos de reabilitação, o acesso é via APS e centrais municipais de transporte. Abaixo visualize os números de carros adaptados por município:

Conceição da Barra: 1 micro-onibus (22 lugares), processo licitatório de van (acessibilidade) (12 lugares), van pestalozzi (12 lugares);

Sooretama: não possui transporte sanitário, somente veículo escolar;

São Gabriel da Palha: não possui;

Vila Valério: a SEMUS (1 veículo) e a APAE (1 veículo) possuem VAN's adaptadas (acessibilidade para cadeirante) com capacidade para 15 passageiros cada e a SEMUS está em processo de compra mais um;

Vila Pavão: tem um micro-ônibus (22);

Nova Venécia: Van em processo de licitação;

Pedro Canário: Tem 01 microônibus (02 vagas de acessibilidade para cadeirantes) 01 van (02 vagas de acessibilidade para cadeirantes).

Montanha: tem 1 van sem acessibilidade (de 15 lugares).

Sooretama: 3 vans (15) e micro-ônibus (23 lugares), ônibus (43 lugares), ambulância e 2 semi-UTIs;

São Gabriel da Palha: possui van sem acessibilidade, temos o que faz o transporte para os pacientes ao CER Colatina.

Montanha: APAE possui uma van sem acessibilidade (15 lugares);

Rio Bananal - Adaptados para cadeirante: 1 micro-ônibus (1 assento exclusivo PCD+ 21 passageiros), 1 van (1 assento exclusivo PCD + 8 passageiros), 1 Ambulância (pacientes com grande dificuldade de locomoção/acamados). Não adaptados: além de outras demandas, também faz transporte de PCD sem dificuldade de locomoção (exemplo: autistas que faz tratamento em municípios vizinhos): 1 van (15 passageiros), 1 van (14 passageiros), 3 Peruas Spin (6 passageiros) e 1 Carro (3 passageiros)

Barra de São Francisco: Secretaria de Saúde - 2 Vans adaptadas e 1 ônibus adaptado APAE - 1 van adaptado;

COLATINA

Linhares

Possui 21 ambulâncias (para toda população) e 01 ônibus acessível com vagas para pessoas com deficiência.

Temos hoje em funcionamento: 21 ambulâncias no total;

10 Fiorino no interior;

01 Fiorino central (doação do consórcio);

05 Ducato na central;

01 UTI em Bebedouro(Doação da café cacique);

01 UTI no HGL(doação da café cacique ); 03 Ducato no HGL

Base do SAMU Linhares inaugurada em 15 de março de 2021 para atender Linhares e mais 06 municípios (Rio Bananal, Sooretama, Aracruz, João Neiva, Ibirapu e São Roque do Canaã), com 01 ambulância de suporte avançado e 02 ambulâncias suporte básico. Serviço gerenciado pelo consórcio CIM Polinorte.

AB, ARN, Linhares, Ecoporanga, mantenedópolis, Vila Pavão, ADN possuem Pestalozzi o restante são atendidos nas APAE, com exceção de Mucurici. Revisado, conforme segue abaixo: (Não encontrados São Domingos do Norte, Mucurici e Sooretama, nem na APAE e nem Pestalozzi)

APAEs: Baixo Guandu, Barra São Francisco, Boa Esperança, Colatina, Governador Lindenberg, Marilândia, Montanha, Nova Venécia, Pinheiros, Rio Bananal, São Gabriel da Palha, São Mateus, São Roque Canaã, Vila Valério;

PESTALOZZIs: Água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Linhares, Mantenedópolis, Pancas, Pedro Canário, Ponto Belo, Vila Pavão

### **Colatina - CER IV OFERTA**

A APAE de Colatina - CER IV: oferece reabilitações física, intelectual, auditiva e visual com oferta de diagnóstico e atendimentos clínicos nos setores de Assistência Social, Fisioterapia Motora, Equoterapia, Hidroterapia, Fisioterapia Respiratória, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Psicopedagogia e Neurologia. Também oferece Teste da Orelhinha pelo SUS a bebês menores de um ano e mantém o CTA – Centro de Tratamento Autista. Oferta Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMs) - (Fonte: pós planejamento ICEPI)

Os Núcleos Regionais de Especialidades de Colatina e São Mateus contam com os Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas. O Centro Regional de Especialidades (CRE METROPOLITANO) oferta para a Região o Serviço de diagnóstico em oftalmologia e dispensação de OPM oftalmológica. (Fonte; pós planejamento ICEPi).

Os 13 CAPS da Região colaboram com o diagnóstico diferencial, ações de matriciamento e encaminhamentos junto à RCPD.

Segundo instrutivo do MV 6.6 as CONSULTAS - SISTEMA MVSoul AMBULATORIAL temos os ITENS DE AGENDAMENTO por unidade executante e faixa etária no perfil de atendimento. acompanhamento de paciente para adaptação de aparelho (CREFES) metropolitana - AASI; concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção metropolitana no CREFES e Pestalozzi Guarapari com característica do paciente que será atendido: paciente usuário de aparelhos auditivo; casos indicados: piora auditiva, aparelho alto/baixo, aparelho apitando, dificuldade para entender, novos ajustes/regulagens, quanto ao uso, manuseio e cuidados do AASI, acompanhamento periódico, aparelho quebrado, perda ou roubo do AASI.e, exames necessários

### **Cartão Nacional do SUS**

Identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS: Tem como objetivo fundamental a identificação unívoca do usuário do SUS e o acompanhamento do conjunto de atendimentos realizados pelo sistema de saúde, onde quer que eles aconteçam, através do acesso a uma base nacional de dados de saúde do cidadão. É o instrumento de informatização necessário para a organização da rede de atenção à saúde e de gestão do SUS.

### **CARACTERIZAÇÃO DAS REDES MUNICIPAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (PERFIL USUÁRIOS)**

#### **ÁGUA DOCE NORTE**

#### **AGUIA BRANCA**

Segundo dados do E\_SUS, Águia Branca Cadastrou em seu território 23 deficientes auditivos, 142 visuais, 39 intelectuais, 95 físicos e 32 outros tipos sendo atendidos pelas ESF o município oferece consulta

com Fonoaudiólogo (1) e fisioterapeutas (02) com parceria com Associação Pestalozzi que se encontra na fase final de implantação do SERDIA Tipo I. Demandas não atendidas no Município é acessada no CER Colatina via MV (auto regulação formativa. Órtese e prótese no CREFES (Vila Velha)

### **BAIXO GUANDU**

Cadastrou em seu território 49 deficientes auditivos, 74 visuais, 134 intelectuais, 201 físicos e 21 outros tipos sendo atendidos pelas ESF o município oferece consulta com Otorrinolaringologista (1) e fisioterapeutas (15) com parceria com APAE Baixo Guandu. A atenção auditiva especializada é acessada no CER Colatina (AAE) ou CREFES (Vila Velha) via MV (auto regulação formativa). SERDIA em fase de implantação.

### **BARRA SÃO FRANCISCO**

Segundo dados do E-SUS, o município de Barra de São Francisco possui cadastro de 818 usuários com deficiência, sendo 80 Auditiva, 309 Física, 272 Intelectual/cognitiva, 139 Visual, 18 Outras.

No município de Barra de São Francisco -ES temos a APAE, onde estão inseridos 210 usuários de 6 meses de vida a 60 anos. Os serviços são acessados através de encaminhamentos da Secretaria Municipal de Saúde do município, Unidades de Saúde, escolas e demais setores que envolvem o atendimento direto ao usuário. Na APAE oferta-se os serviços especializado em Habilitação e Reabilitação da PCD nas seguintes modalidades: Assistente Social, Coordenador Social, Educador Social habilitados em Educação Especial, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Pedagogo e Psicólogo.

Atualmente a APAE atende 02 def. auditivo, 30 def. físico e 178 intelectual/ múltiplas. Quando não possuímos oferta dos serviços os usuários são encaminhados para o CER de Nova Venécia através do setor de regulação formativa deste município (Via MV). (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022).

O município conta também com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo II sendo composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social e enfermeira. Muitos dos pacientes com deficiência intelectual e com TEA são atendidos e acompanhados por essa equipe.

Com uma demanda reprimida e com logística que dificulta o deslocamento, o município necessita de uma assistência mais ampla, mediante a isso foi solicitado a implantação do CER II, a proposta de

implantação de um CAPS AD para humanizar a assistência ao usuário mais perto de seu território. Atualmente o município disponibiliza de uma eMAESM tipo II sem custeio, uma clínica de autistas em fase de implantação, uma clínica de fisioterapia sobrecarregada com a demanda, tendo que complementar com procedimentos via consórcio e um SERDIA em fase de aprovação. É necessário mediante o cenário de pessoas com deficiências trazer mais perto serviços de reabilitação em geral, órteses e próteses. Assim também como proposta estadual para investimento na rede.

### **BOA ESPERANÇA**

Segundo os dados do E- SUS, o município possui 114 cadastros de pessoas com deficiência, sendo 41 intelectuais, 8 visuais, 58 físicos e 6 contendo outros tipos de deficiência; visto que os dados precisam ser atualizados. Para atender a demanda o município conta com uma clínica de fisioterapia e atendimento psicológico, fora do município temos o atendimento do CER tipo II localizado no município de Nova Venécia. (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022)

### **CONCEIÇÃO DA BARRA**

Segundo dados do E-SUS, o município de Conceição da Barra possui cadastro de 242 usuários com deficiência, sendo 25 Auditiva, 96 Física, 40 Intelectual/cognitiva, 56 Visual, 25 Outra.

Possuímos no município a Pestalozzi, onde são atendidos 126 usuários com deficiência e são prestados os seguintes serviços : fonoaudiologia, fisioterapia, terapia, assistência social e educação. (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022)

### **ECOPORANGA**

Segundo dados do E-SUS, o município de Ecoporanga/ES, possui cadastro de 159 usuários com deficiência, sendo 16 Auditiva, 64 Física, 40 Intelectual/cognitiva, 34 Visual, 05 Outras.

No município possuímos a Pestalozzi, onde são atendidos 108 usuários com deficiência. Já no CIER- Centro Integrado Especializado em Reabilitação Modalidade: Deficiência Intelectual e Múltipla. Oferecemos serviço especializado de fisioterapia e psicólogo ativos, possuímos no projeto do CIER as especialidades de

Neurologia, psiquiatria, fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, porém não estão ativos por falta de prestador. No CIER atualmente são 87 usuários.

Alguns encaminhamentos são via MV (auto regulação formativa), onde nossas referências são: Os usuários que o município não tem a capacidade de ofertar o atendimento necessário. Sendo assim este paciente é encaminhado para o CER Nova Venécia, onde por exemplo é atendido os usuários [s1] com necessidade de acompanhamento com fonoaudiólogo que hoje o município não possui esse profissional e nem o CIER. (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022)

### **GOVERNADOR LINDENBERG**

O município de Governador Lindenberg realiza mapeamento no território com dados retirados dos relatórios do e-sus que totalizam 217 usuários, sendo 38 com deficiência auditiva, 95 com a física, 47 intelectual / Cognitiva, 38 com deficiência visual e 12 de outros tipos. A APAE local atende regularmente 39 usuários em reabilitação intelectual, abaixo depoimento da referência técnica municipal:

(...) muitas vezes encaminhamos para APAE de Colatina que tem uma grande demanda sendo atendidos com morosidade, enfim muitos obstáculos a serem superados para ofertar um atendimento mínimo de qualidade. Neste sentido é perceptível que o município não tem nenhum atendimento especializado dentro das secretarias de saúde, educação, assistência social, entre outras mas estas deveriam ter pelo um atendimento básico, proporcionado uma melhor qualidade de vida (Fabiana Sousa Almeida, Assistente Social nº7800/17ª Região-ES). (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022)

### **LINHARES**

O município de Linhares elencou em seu território 432 usuários com deficiência auditiva ou perda auditiva, 648 na visual, 1139 intelectual e 1345 física. A Pestalozzi de Linhares pleiteia habilitação em CER II (física e intelectual) com cadastro da proposta já inserida no SAIPS e realizou compra de equipamentos, construções e ampliações que acumulam investimento R\$ 215.060,93 além das contratações de profissionais conforme carga horária exigida em instrutivo do MS (ANEXO). Atualmente o serviço atende pessoas com deficiência intelectual e/ou transtorno global do desenvolvimento da microrregião, sendo 334

usuários residentes em Linhares e 46 de Sooretama. Em média mensalmente são realizados 30 atendimentos de psicologia, 35 de fisioterapia, 12 de equoterapia, 10 de psicopedagogia e 20 de neurologia.

Em 2021, foi criado o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa que recentemente promoveu o EDITAL DE CONVOCAÇÃO – 002/2021 que versa sobre a convocação para a Assembléia de Eleição dos representantes da Sociedade Civil para compor o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Gestão 2021/2023 e regramento do processo eleitoral. A posse dos novos Conselheiros do CMDPD (para gestão 2021/20213) está prevista para 08/10/2021.

A Associação dos Deficientes de Linhares-ADEFIL é uma instituição sem fins econômicos fundada em 09 de maio de 1998 integrante da rede de Proteção Social Básica que atua na defesa e garantia dos direitos a pessoa com Deficiência, no sentido fazer valer os seus direitos garantidos em lei e sugestiva na construção de leis que venham garantir direitos ainda não reconhecidos, e restabelecer vínculos familiares e sociais através de políticas de inclusão, melhorando as condições de atendimento e oferta de serviços às pessoas com deficiência do município de Linhares; tem mais de 4500 pessoas cadastradas, mas sob a administração direta são 1354 até o momento. Sendo: 465 atendidas com cartões de estacionamento, 250 famílias beneficiadas com doações e mais de 420 crianças portadoras de algum tipo de deficiência, além de quase 350 cadeirantes. SERDIA em fase de implantação.

## **MARILÂNDIA**

O município de Marilândia, de acordo com dados retirados do sistema RG System, possui cadastro de 21 usuários com deficiência auditiva, 54 Intelectual/ Cognitiva, 16 Visual, 49 Física, 7 Outras. Tendo um adendo de que pode haver uma alteração na contabilidade de usuários, devido o município ter uma grande parte da população com flutuante. Quando não possuímos oferta dos serviços, os usuários são encaminhados para a APAE DE Colatina ou outras clínicas de outros municípios , através do setor de regulação formativa deste município, sendo que os pacientes com deficiência são acompanhados pelos profissionais: Psicólogo, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional. O transporte desses pacientes para atendimento fora do município é ofertado pela secretaria de Saúde. Ainda uma considerável quantidade de demanda judicial compõe nossa demanda, principalmente para atendimentos fora do município.

## **MONTANHA**

Segundo dados do E-SUS, o município de MONTANHA possui cadastro de pessoa com deficiência correspondendo por tipos: 73 Auditiva, 375 Física, 260 Intelectual/cognitiva, 173 Visual, 107 Outros.

O Município oferta-se os serviços especializado em Habilitação e Reabilitação da PCD nas seguintes modalidades: 09 Fisioterapeuta, 08 Psicólogos, 02 Psiquiatra, 01 Neurologista, 02 Ortopedista, 1 fonoaudióloga, 02 pediatras, Assist Social, 01 cardiologista. Temos 08 ESF's todas com acompanhamentos psicológicos e 07 estratégias com atendimento de fisioterapias, 02 fisioaterautas realizam atendimentos domiciliares. SERDIA em sade de implantação

No município temos 01 APAE, onde estão inseridos 90 usuários a partir de 4 anos de vida. Atualmente a APAE atende 80 intelectuais, 10 múltiplas. Na APAE oferta-se os serviços especializado em Habilitação e Reabilitação da PCD nas seguintes modalidades: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Pedagogia, Psicologia, Assistente social, educador social e professores (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022)

## **MUCURICI**

Segundo dados do E-SUS, o município de Mucurici/ES, possui aproximadamente cadastros de 268 usuários com deficiência, sendo 38 Auditiva, 93 Física, 48 Intelectual/cognitiva, 40 Visual, 49 Outras.

No município não possuímos serviço de Pestalozzi, sendo que os pacientes com deficiência intelectual/cognitiva são acompanhados pelos profissionais psicólogo, psiquiatra, neurologista no município e encaminhados para o CER (Centro Especializado em Reabilitação) de Nova Venécia quando necessário. Oferecemos serviço especializado de fisioterapia e ortopedia ativos no município, além disso, alguns atendimentos são via MV (auto regulação formativa), podendo ser direcionados para o CREFS. (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022). SERDIA em fase de implantação.

## **NOVA VENÉCIA**

Segundo dados do E-SUS, o município de Nova Venécia possui um cadastro de 1.142 usuários, sendo 138 Auditivo, 210 Intelectual, 305 Visual, 361 Físico e 128. Outros. 0 a 14 anos: 74; 15 anos ou mais: 1.068. No município possuímos 1 APAE onde funciona o CER tipo II com atendimentos de reabilitação física e intelectual, onde já foram atendidos neste ano de 2022 1.504 usuários especificamente com Deficiência Intelectual. Os encaminhamentos são realizados via MV (autorregulação formativa territorial) - Reabilitação

física e Intelectual CER e também atendidas as seguintes especialidades: Fisioterapia, Ortopedia e Traumatologia, Neurologia Geral. (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022)

## **PANCAS**

De acordo com dados coletados no ESUS-VS, Pancas possui 276 usuários cadastrados com alguma deficiência, sendo que 17 são acamados, 08 possuem deficiência auditiva, 08 visual, 105 intelectual, 139 física e 17 classificados como outras deficiências.

No município possuímos a Pestalozzi (Associação Pestalozzi de Pancas), onde são atendidos 31 usuários com laudo de deficiência e 05 usuários sem laudo. É ofertado serviços de psicologia e assistência social, pela falta de profissional não há serviço atualmente de fonoaudiologia.

Pestalozzi possui 3 usuários que são atendidos na APAE de Colatina 3 vezes na semana.

O município possui um centro de fisioterapia na sede com 3 profissionais fisioterapeutas, 2 fisioterapeuta atendendo nas unidades dos Distritos Laginha e Vila Verde.

O município possui uma Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental sendo composta por 1 médico psiquiatra, 2 psicólogos e 1 assistente social. Muitos dos pacientes com deficiência intelectual e com TEA são atendidos e acompanhados por essa equipe.

Alguns encaminhamentos são via MV (auto regulação formativa), onde nossas referências são: Acompanhamento de paciente para adaptação de aparelho AASI ( APAE Colatina); Reabilitação física e intelectual na APAE de Colatina; Consulta em ortopedia reabilitação física na APAE Colatina. Avaliação de concessão de órteses, meios auxiliares de locomoção e amputações no CREFES. (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022).

## **PEDRO CANÁRIO**

Segundo dados do E-SUS, o município de Pedro Canário possui cadastro de 395 usuários com deficiência, sendo 50 Auditiva, 193 Física, 62 Intelectual/cognitiva, 75 Visual, 71 Outra.

No município possuímos uma associação Pestalozzi, onde são atendidos 39 usuários com deficiência. Oferecemos serviço especializado de Ortopedia, fisioterapia e fonoaudiologia. Atualmente implantamos o serviço Ser Dia tipo I e E multi.

Alguns encaminhamentos são via MV (auto regulação formativa), onde nossas referências são: Reabilitação auditiva no CER tipo III Apae Colatina; Reabilitação física e intelectual no CER Nova Venécia, onde está sendo feito a transição dos pacientes para o município; Avaliação de concessão de órteses, meios auxiliares de locomoção e amputações no CREFES. (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022). SERDIA em funcionamento.

### **PONTO BELO**

Segundo dados do sistema operacional RG-System, o município de Ponto Belo possui 160 usuários cadastrados com deficiência, sendo 18 Auditiva, 29 Intelectual, 12 Visual, 78 Física e 23 Outras. Atualmente no município possui uma Associação Pestalozzi, onde são atendidos aproximadamente 58 usuários com assistência e prestação de serviços. O município possui alguns profissionais com as seguintes categorias: Neurologista, Fisioterapeuta, Psiquiatra, Psicólogo, para realizarem consultas ambulatoriais. Na ausência da oferta dos serviços os usuários são encaminhados através da Regulação Formativa MV para atendimento do CER II localizado no município de Nova Venécia. (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022)

### **RIO BANANAL**

Segundo dados do E-SUS o município de Rio Bananal possui cadastro ativo do total de 21907 cidadãos dos quais 365 descritos como pessoa com deficiência correspondendo à 1.6% da população, estes estão divididos por tipos: 79 Auditiva, 201 Física, 118 Intelectual/cognitiva, 89 Visual, 56 Outra. A APAE local atende 43 usuários regularmente em reabilitação intelectual nos serviços de Atendimento Educacional

Especializado (AEE) e Convivência, momentaneamente os serviços de atendimento clínico de 29 usuários em fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia desta instituição estão em reimplantação na fase de contratação de profissionais. O Município de Rio Bananal-ES, mesmo não possuindo serviço especialmente voltado à pessoa com deficiência (PCD), oferece no âmbito da Atenção Básica toda a sua infraestrutura e profissionais a disposição da PCD como transporte até as unidades de atendimento dos serviços médico, odontológico, enfermagem e afins, das equipes de saúde. Além dos serviços de terapias também a

disposição, como fisioterapia através do centro de fisioterapia do município e atendimento fisioterapêutico domiciliar com visitas regulares, em ambulatórios de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, atendimento médico especializado em ortopedia, pediatria dentre outras. (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022)

## **SÃO GABRIEL DA PALHA**

São Gabriel da Palha não tem serviços de avaliação audiológica onde todos os encaminhamentos são feitos via MV para Centros de Reabilitação, atualmente sendo como referência Colatina.

No ano de 2022 foram registrados 2 decisões judiciais determinando Estado/ Município a fornecer aparelhos auditivos a pacientes, pois devido a demora no atendimento os mesmos recorrem via judicial.

No que tange centro de reabilitação física o município tem o Centro de Reabilitação que conta com profissionais da área de fisioterapia e fonoaudiologia, além de 2 fisioterapeutas na equipe Multi do ICEP, que realizam atendimentos via domicílio e em alguns casos o município por meio do contrato CIM Noroeste faz liberação para atendimento via clínicas particulares e a APAE que conta com equipe multidisciplinar com fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social.

O quantitativo de pacientes com deficiências que constam no sistema de informação municipal é de que temos 53 pacientes com deficiência auditiva, 346 intelectual, 172 visual e 318 física.

Nos últimos anos vimos um aumento da demanda de forma que o município não consegue atender 100% a demanda.

SERDIA em fase de implantação.

## **SÃO MATEUS**

O município de São Mateus possui um serviço de fisioterapia, que conta com a Clínica municipal de Fisioterapia, e uma clinica credenciada de fisioterapia, onde são atendidos as demandas de fisioterapia nas alterações de traumato-ortopedia, reumatológicas, respiratórias, bem como as alterações decorrentes de doenças neurológicas adulto e infantil. O número de atendimentos diários é em torno de 100. O município

possui também uma APAE, que oferece suporte às pessoas com deficiência. (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022)

### **SOORETAMA**

Segue no quadro abaixo o quantitativo que temos de pacientes deficientes no Município de Sooretama hoje, segundo os dados que temos cadastrados no RG system, ressalvo que estamos passando por uma troca de ACS, que ainda não estão efetuando cadastros, então os dados poderão ter alterações no decorrer do ano.

Temos uma clínica de fisioterapia e acompanhamentos com psicólogos para atender a demanda municipal, também temos cadeiras de rodas, banho e andador para auxiliar alguns casos que surgem no decorrer do ano, fora do município encaminhamos para referência técnica hospitalar, que é o CREFES.

### **VILA PAVÃO**

De acordo com o sistema operacional RG SYSTEM, o município de Vila Pavão possui 264 usuários cadastrados com deficiência, sendo 23 auditiva, 73 intelectual, 44 visual, 102 física, e 22 outros. Os serviços ofertados na rede municipal são de reabilitação em fisioterapia em diversas especialidades (Pré e pós cirúrgico oncológico, pós operatório nas disfunções músculo esquelético, alterações motoras, distúrbio neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas e desordens do desenvolvimento neuro- motor) e atualmente conta com 04 fisioterapeutas e ainda existe uma associação Pestalozzi que realiza alguns atendimentos na comunidade (Fonte Estudo Regional de Vazio Assistencial da RCPD, 2022)

### **VILA VALÉRIO**

APAE Vila Valério - Realiza teste da orelhinha e teste da linguinha e atendimento em fonoaudiologia para a população residente no município (Essa instituição foi contemplada como Projeto PRONAS – Programa Nacional de Apoio a Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde). Em média realiza 06 atendimentos por semana com capacidade de ampliação do número de atendimentos.

**O QUADRO ABAIXO APONTA AS COMPETÊNCIAS POR - PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)**

UBS	<ul style="list-style-type: none"><li>*Realizar atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, pois é a porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde;</li><li>*Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;</li><li>*Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida e tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;</li><li>* Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;</li><li>*Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;</li><li>*Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;</li><li>*Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;</li><li>* Proceder o acolhimento dos usuários e realizar os encaminhamentos necessários de acordo com sua complexidade</li><li>* Estratificar o risco dos usuários de grupos prioritários para plano terapêutico singular</li><li>* Vincular o usuário em situação de deficiência aos locais/setores conforme sua necessidade, trabalhando com a referência e contra-referência.</li></ul>
-----	---

SERDIA

Acesso aos Serviços Especializados em Atendimento à Pessoa com Deficiência Intelectual (DI) e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) nos municípios:

- Ação de identificação e estimulação precoce;
  - Acompanhamento do desenvolvimento infantil por equipes de saúde e educação, através das consultas de puericultura utilizando os marcos de desenvolvimento descritos na caderneta da criança;
  - Acompanhamento dos recém-nascidos, dos bebês e das crianças de até dois anos de idade que apresentem risco para deficiências;
  - Suporte às famílias;
  - Ações intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola, com apoio e orientação aos educadores, aos familiares e à comunidade escolar;
  - Uso de indicadores de desenvolvimento infantil e instrumentos de rastreamento;
  - Identificação dos sinais de alerta e desenvolvimento de padrões (comportamentos atípicos, repetitivos e estereotipados);
  - Uso de instrumentos de rastreamento em casos de suspeita de TEA (M-Chat) e em casos de diagnóstico não conclusivo através da observação de comportamentos atípicos, repetitivos e estereotipados e ações de acompanhamento, orientação e apoio
- \*Ações de acompanhamento, orientação e apoio à família pela Atenção Primária em pacientes com diagnóstico não conclusivo de TEA.

CER	Componente da Atenção Especializada os serviços de Reabilitação Física, Auditiva Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas deficiências, o qual conta com o ponto de atenção Centros Especializados em Reabilitação (CER)
CEO	Componente da Atenção Especializada os serviços de Reabilitação Física, Auditiva Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas deficiências, o qual conta com o ponto de atenção Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).
Centro Regional de Especialidades - CRE	Serviço de diagnóstico em oftalmologia e dispensação de OPM Oftalmológica (Órteses próteses e materiais especiais)  2
Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES)	Oficina Ortopédica, para a dispensação, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM);
HOSPITAIS	Quanto à Atenção Terciária (hospitalar), o Estado do Espírito Santos conta com Hospital (HUCAM) para cirurgia de Implante Cloclear;  2 Hospitais para atendimento à Saúde Bucal - Hospital Dório Silva (acima de 18 anos) e Hospital HEIMABA (zero a 18 anos);  20 leitos de internação para reabilitação física no CREFES e os serviços de Urgência e Emergência.

RUE	<p>Considerando a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades, a atenção hospitalar (urgência e emergência) deverá:</p> <p>a) Responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;</p> <p>b) Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação prédeficiência;</p> <p>c) Ampliar o acesso e qualificar da atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;</p> <p>d) Ampliar acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.</p> <p>UPAs e Pronto Atendimentos na Região Central-Norte</p> <p>Linhares - Unidade de Saúde Pronto Atendimento 24h de Linhares - Infantil</p> <p>São Mateus - Unidade de Pronto Atendimento 24h</p> <p>COLATINA - Pronto Atendimento Municipal de Colatina</p> <p>MANTENÓPOLIS - Pronto Atendimento Municipal</p> <p>PONTO BELO - Pronto Atendimento de Ponto Belo</p> <p>SÃO ROQUE DO CANAÃ - Pronto Atendimento 24h de São Roque do Canaã</p> <p>SOORETAMA - Pronto Atendimento Geraldo Inácio dos Santos</p> <p>VILA VALÉRIO - Pronto Atendimento Maria Do Carmo Tom Dalmagro</p>

Serviços Municipais com atendimento 24 horas na Região Central-Norte

ALTO RIO NOVO - Unidade Sanitária Santa Bárbara

MARILÂNDIA - Policlínica Vereador Élio Bertolo

A maioria dos Pronto-Atendimentos ou serviços de urgência 24 horas dos municípios não possuem o serviço de acolhimento com classificação de risco.

Municípios com base SAMU: Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão, Linhares, Rio Bananal, Sooretama e São Roque do Canaã, Água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Colatina, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha e Vila Valério.

Hospitais: Hospital Dr. João Santos Neves, Hospital Dr. Alceu Melgaço Filho, Hospital Maternidade Cristo Rei, Hospital e Maternidade São José, Hospital Sílvio Ávidos, Santa Casa de Misericórdia de Colatina, Hospital Municipal Conceição da Barra, FUMATRE Unidade Mista de Internação, Hospital Rio Doce, Hospital Geral de Linhares, Hospital Maternidade Nossa Sra. Aparecida, Unidade Mista de Internação, Hospital São Marcos, Hospital Municipal Ida Ferreira Mageste, Hospital Menino Jesus, Hospital de Pinheiros, Hospital Maternidade Alfredo Pinto Santana, Hospital São Gabriel, Hospital Maternidade São Mateus, Hospital Dr. Roberto A. Silveiras.

Ressalta-se que o Samu trabalha com a parametrização de leitos de UTI e retaguarda. Os leitos de UTI atendem com suficiência o contingente populacional da região.

## **A Política estadual de cofinanciamento dos Serviços Especializados em Reabilitação para Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtornos do Espectro Autista (TEA) – Serdia**

A política estadual de cofinanciamento dos Serviços Especializados em Reabilitação para Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtornos do Espectro Autista (TEA) – Serdia foi instituída pelo Governo do Estado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Espírito Santo por meio da portaria nº 159-R, publicada em 20 de dezembro de 2022. No ES atualmente aponta a taxa de adesão dos municípios ao SERDIA: 41% até setembro de 2023 e a Taxa de não adesão ao SERDIA: 59% até outubro de 2023.

Os Serdia são serviços de reabilitação, em modalidade única, constituindo-se em uma estratégia para ampliar a assistência do SUS, territorializar o atendimento à pessoa com deficiência intelectual e TEA, reduzir obstáculos, promover o acesso, humanizar a Atenção à Saúde e otimizar os recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção e Vigilância (RAVS).

Abaixo tabela que reflete os tramites das adesões na Região Central Norte em seguida uma análise qualitativa das mesmas:

REGIÃO CENTRAL NORTE			
Municípios	Tipo de SERDIA	Panorama Atual	Status
Mucurici	I	Recurso entrou na conta - 90 dias para o município se organizar - em funcionamento	CONTA FMS
Água Doce do Norte	I		NO
Águia Branca	I	Manifestou interesse, PTI em análise pela regional, apresentar PTI no GCR: 14/08/2023; Apresentou PTI no GCE dia 29/08/2023. Falta CIR e CIB	CIR/CIB
Alto Rio Novo	I	Manifestou interesse, elaborando PTI	APTI

Baixo Guandu	II	Recurso entrou na conta - 90 dias para o município se organizar	CONTA FMS
Barra de São Fco	II	Resolução CIB - dia 23/11/2023	CIR/CIB
Boa Esperança	I		NO
Conceição da Barra	II		NO
Ecoporanga	II		NO
Governador Lindemberg	I	DESISTIU ESTE ANO	NI
Jaguaré	II		NO
Linhares	III	Falta CIR e CIB	CIR/CIB
Mantenópolis	I		NO
Marilândia	I	Manifestou interesse, elaborando PTI	APTI
Montanha	I	Falta CIB	CIR/CIB

Pancas	II	Manifestou interesse, vai implantar em 2024	2024
Pedro Canário	II	Recurso entrou na conta - 90 dias para o município se organizar	CONTA FMS
Pinheiros	II		NO
Ponto belo	I		NO
Rio Bananal	I	Manifestou interesse, elaborando PTI, implantação ficou para 2024	2024
São Domingos do Norte	I		NO
São Gabriel da Palha	I	Recurso entrou na conta - 90 dias para o município se organizar	CONTA FMS
São Mateus	III	Manifestou interesse, feita visita pela SRSSM, elaborando PTI	APTI
São Roque do Canaã	I	Manifestou interesse, feita visita pela SRC, vai implantar em 2024	2024
Sooretama	II		NO
Vila Pavão	I		NO

Vila Valério	I		NO
--------------	---	--	----

Legenda: Grupo de Trabalho da Região Sul de Saúde, 2023.

Articulação com a regional: municípios que ainda não elaboraram o PTI, mas estão em contato com a regional para orientações; CIR/CIB - Pendência pactuação em CIR e CIB: municípios que ainda falta passar proposta em CIR e CIB; NI - Não tem interesse: municípios que já manifestaram que não tem interesse no pleito do SERDIA; NO - Não oficializou interesse: municípios que ainda não se manifestaram; APTI - Análise do PTI: municípios que estão elaborando o PTI; CONTA FMS - Recurso efetivado na conta do município: municípios que o repasse do Estado já foi efetivado, tem 90 dias para implantar o serviço. 2024 - Adesão prevista para 2024: municípios que manifestaram que irão implantar somente em 2024; RA - Repasse em andamento: municípios que já estão com processo em tramitação para efetivação do repasse; GCR/GCE - municípios que ainda faltam passar pela anuência do GCR e GCE.

### **AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERDIA**

**ÁGUIA BRANCA:** Processo E-Docs: 2023-KJHF9; SERDIA TIPO I; Unidade Executora: Associação Pestalozzi de Águia Branca; Manifestou interesse, PTI – Plano de Trabalho Institucional analisado e aprovado pela regional, apresentou PTI no Grupo Condutor Regional da RCPD em: 14/08/2023; apresentou no Grupo Condutor Estadual no dia: 29/08/2023. Em 22/11/2023: Autorizada reserva orçamentaria e empenho no valor total de R\$ 14.400,00 (quatorze mil e quatrocentos reais), para o exercício de 2023 em favor do Fundo Municipal de Saúde de Águia Branca, para custeio do SERDIA tipo I na Associação Pestalozzi.

**BAIXO GUANDU:** Processo E-Docs: 2023-2BNV3; SERDIA TIPO II; Unidade Executora: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), do município de Baixo Guandu; Manifestou interesse em 23/04/2023; PTI – Plano de Trabalho Institucional analisado e aprovado pela regional, apresentou PTI no Grupo Condutor Regional da RCPD em: 16/05/2023 e no Grupo Condutor Estadual no dia: 30/05/2023. 31/07/2023: Repassado a 1ª Parcela, referente ao pagamento de 04 meses (Agosto a Novembro), no valor de R\$ 57.600,00; Após recebimento da 1ª parcela, o município tem até 90 dias iniciar o funcionamento do serviço e até a presente data: 07/12/2023, o serviço não está funcionando ainda.

**GOVERNADOR LINDENBERG:** Processo E-Docs: 2023-15LW2; SERDIA TIPO I; Unidade Executora: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), do município de Governador Lindenberg; Manifestou interesse em implantar o serviço em: 01/03/2023; PTI – Plano de Trabalho Institucional analisado e aprovado pela regional; apresentou PTI no Grupo Condutor Regional da RCPD em: 20/03/2023 e no Grupo Condutor Estadual no dia: 25/04/2023. Em 21/07/2023: foi providenciado o cancelamento total para alteração do plano orçamentário, pois o município não informou os dados bancários para transferência do recurso. Em 05/10/2023, através do Ofício GAB 093/2023, Governador Lindenberg desiste de implantar o SERDIA no ano de 2023.

**LINHARES:** Processo E-Docs: 2023-L7FT9; SERDIA TIPO III; Unidade Executora: Associação Pestalozzi de Linhares; Manifestou interesse em 15/08/2023, PTI – Plano de Trabalho Institucional analisado e aprovado pela regional, apresentou PTI no Grupo Condutor Regional da RCPD em: 14/08/2023; apresentou no Grupo Condutor Estadual no dia: 29/08/2023. 22/11/2023: Repassado por Linhares dados bancários do FMS; 28/11/2023: Autorizado reserva orçamentaria e empenho no valor total de R\$ 57.600,00 (cinquenta e sete mil e seiscentos reais), referente à 1ª parcela (meses de novembro e dezembro), em favor do Fundo Municipal de Saúde de Linhares, para custeio do SERDIA tipo III na Associação Pestalozzi.

**SÃO GABRIEL DA PALHA:** Processo E-Docs: 2023-G7B98; SERDIA TIPO II; Unidade Executora: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); Manifestou interesse em 13/04/2023, PTI – Plano de Trabalho Institucional analisado e aprovado pela regional, apresentou PTI no Grupo Condutor Regional da RCPD em: 16/05/2023 e no Grupo Condutor Estadual no dia: 30/05/2023. 31/07/2023: Pagamento de repasse de recursos fundo a fundo do FES para o FMS de São Gabriel da Palha para custeio do SERDIA tipo II na APAE de São Gabriel da Palha, no valor de R\$ 57.600,00 (cinquenta e sete mil e seiscentos reais). Após recebimento da 1ª parcela, o município tem até 90 dias iniciar o funcionamento do serviço, assim, em 31/10/2023 o serviço e os atendimentos deveriam está acontecendo, mas até a presente data 07/12/2023, o serviço não foi iniciado.

**SÃO ROQUE DO CANAÃ:** Realizado visita técnica no dia 24/05/23 na APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Roque do Canaã, com participação de representantes da instituição APAE, da Secretaria Municipal de Saúde, da SESA/SRSC/APS e do apoio do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi). O objetivo da visita técnica, foi apresentar e ofertar o serviço SERDIA, aproveitando para avaliar a estrutura física, rol de profissionais, gestão e processos de trabalhos requisitos básicos para adesão

à Política Estadual de Cofinanciamento dos Serviços Especializados em Reabilitação para Deficiência Intelectual e Transtornos do Espectro Autista (TEA) – SERDIA. A Secretária de Saúde, informa que no momento não tem como disponibilizar o profissional médico para compor equipe do SERDIA; que há grande dificuldade em contratação de fonoaudiólogo; pensa na implantação do SERDIA para 2024.

Finalmente, durante esse trabalho foi possível identificar os pontos de atenção com a incorporação de novas competências de modo a garantir o cuidado integral com a ampliação das discussões sobre a atenção às deficiências, os vazios assistenciais e as sobreposições de ofertas, além do aprofundamento dos movimentos de investimentos e custeios aos entes envolvidos na governança da RCPD.

Atualmente a RCPD enfrenta alguns “gargalos” em níveis estadual e regional, exemplos; a ausência de serviço de avaliação audiológica (de média complexidade) no ES fato que sobrecarrega os Centros de Reabilitação (auditiva), e o desfinanciamento para oferta de aparelhos auditivos (AASI) e demais OPMs. Além da dificuldade de implantação de Oficina ortopédicas e o baixo quantitativo de profissionais na Região, exemplo; fonodólogos, terapeutas ocupacionais e técnico ortopédico (sapateiro) que retém limites de acesso para algumas especialidades. Esses desafios, serão aprofundados nas próximas páginas.

## SEÇÃO 4 – ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

### 4.1 Organização da Atenção Primária à Saúde (APS)

#### 4.1.1 Cobertura de APS, Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção primária (eAP)

O Quadro X apresenta a organização da Atenção Primária em Saúde da Região Central Norte, demonstrando a população de abrangência, o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (eAP) homologadas e cobertura da atenção primária na referida região, como segue:

#### Quadro X – Cobertura da Atenção Primária à Saúde, Região de Saúde Central Norte, 2021.

REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	N.º EQUIPES ESF E eAP – HOMOLOGADAS	COBERTURA APS
-----------------	-----------	-------------------------------------	---------------

<b>CENTRAL NORTE</b>	<b>981.551</b>	<b>275 ESF 04 eAP</b>	<b>88,26%</b>
--------------------------	----------------	---------------------------	---------------

Destaca-se que do total de 29 (vinte e nove) municípios que compõem essa região, 14 (catorze) possuem 100% de cobertura da APS, 07 (sete) com cobertura que varia entre 90 a 99%, 07 (sete) com cobertura variando entre 70 a 89% e 01 (um) município com cobertura <70%.

#### 4.1.2 Cobertura de Equipes de Saúde Bucal (eSB)

**Quadro X – Cobertura de Equipes de Saúde Bucal (eSB), Região Central Norte, 2021.**

<b>POPULAÇÃO</b>	<b>N.º EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (eSB) – HOMOLOGADAS</b>	<b>COBERTURA APS</b>
<b>981.551</b>	<b>187</b>	<b>eSB na ESF = 60,70%</b>
		<b>eSB na APS = 77,94%</b>
		<b>eSB novo cálculo (Jul 22) = 64,18%</b>

Fonte: eGestor, dezembro 2021 e população (IBGE, 2021).

Destaca-se que dos 29 (vinte e nove) municípios que compõem essa região de saúde, 06 (seis) apresentam 100% de cobertura de eSB, 03 (três) apresentam coberturas entre 90 a 99%, 06 (seis) apresentam coberturas variando entre 70 a 89% e 14 (catorze) apresentam cobertura inferior a 70%.

## 4.2 Organização da Atenção Especializada

### 4.2.1) Reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências.

De acordo com a Portaria Nº 793/2012, são componentes da Atenção Especializada os serviços de Reabilitação Física, Auditiva, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas deficiências, o qual conta com os

seguintes pontos de atenção: Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são pontos de atenção e poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica, fixa ou itinerante que faz parte do sistema de apoio da rede de Atenção à Saúde e é um serviço de dispensação e manutenção de órteses e próteses.

Assim, os Centros Especializados de Reabilitação terão as seguintes modalidades: CER II: atende pessoas com deficiência em pelo menos duas modalidades de reabilitação. CER III: atende pessoas com deficiência em pelo menos três modalidades de reabilitação. CER IV: atende pessoas com deficiência nas quatro modalidades de reabilitação.

O Centro Especializado de Reabilitação também pode constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser polo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente.

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um ponto de atenção ambulatorial com no mínimo dois serviços de reabilitação (física, intelectual, visual, auditiva) realizando diagnóstico, tratamento e concessão de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência especializada para a rede de atenção à saúde. O atendimento ou a atenção no Centro Especializado de Reabilitação é realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

São os pontos de atenção especializada da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, na Região Central Norte, conforme demonstra o Quadra X.

**Quadro X - pontos de atenção especializada da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, na Região Central Norte**

SERVIÇO	REABILITAÇÃO	MUNICÍPIO	CNES
CER TIPO III	FÍSICA, INTELECTUAL E AUDITIVA	APAE DE COLATINA	3845443
CREFIM - Centro de Reabilitação Física Municipal	SERVICO PRÓPRIO DE FISIOTERAPIA (Assistência Fisioterapêutica em Alterações Ontológicas, nas Alterações em Neurologia, Disfunções Músculo Esqueleto, e Diagnostico Cinético Funcional)	SEMUS COLATINA	2448491
CEFIL (CENTRO DE FISIOTERAPIA DE LINHARES)	SERVICO PRÓPRIO DE FISIOTERAPIA  SERVICO PRÓPRIO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO  (Assistência Fisioterapeutica Cardiovasculares E Pneumofunci, Em Alterações Obstétricas Neon, Em Alterações Ontológicas, Alterações Em Neurologia E Nas Disfunções Músculo Esqueleto)	SEMUS LINHARES	2466090
Clínica Fisioterapia Municipal	SERVICO PRÓPRIO DE FISIOTERAPIA  (Assistência Fisioterapeutica Cardiovasculares e Pneumofunci, Nas Alterações Em Neurologia, Nas Disfunções Músculo Esqueleto, e na Atenção Fonoaudiologia)	SEMUS MANTENOPOLIS	7327390
Clínica Fisioterapia Municipal	SERVICO PRÓPRIO DE FISIOTERAPIA	SEMUS SÃO DOMINGOS DO NORTE	
Unidade de Reabilitação Municipal		SEMUS SÃO ROQUE DO CANAÃ	
Serviço Reabilitação Municipal		SEMUS VILA VALÉRIO	

Fonte: Plano Estadual da RCPD

Assim, os principais pontos de atenção para reabilitação física existentes na antiga região central são: CREA (Municipal) em Aracruz; Centro de Fisioterapia de Linhares CEFIL (Habilitado pelo MS) em Linhares; Clínica de Fisioterapia (Municipal) em Mantenópolis; Clínica de Fisioterapia (Municipal) em São Domingos do Norte; Unidade de Reabilitação Física (Municipal) em São Roque do Canaã; Serviço de Fisioterapia na US Sede (Municipal) em Vila Valério; CREFIN (Municipal) em Colatina.

Outros pontos de atenção à pessoa com deficiência por região; na antiga Região Norte os pontos de atenção para reabilitação física e fisioterapia são: Clínica de fisioterapia (municipal) em Barra de São Francisco, atendimento em fisioterapia em Conceição da Barra com apoio do NASF, Centro de Fisioterapia (municipal) em Jaguaré, atendimento em fisioterapia nas unidades de saúde da família de Mucurici, Nova Venécia, Pinheiros e Vila Pavão, Clínica Municipal de Fisioterapia Karla Cristina M Nogueira em São Mateus. Na Região Central Norte, os espaços de cuidado e serviços habilitados da RCPD se articulam em ações intersectoriais promovidas conjuntamente entre CER, NASF, CAPS, ESF, Academia da Saúde, SUAS, trabalho, educação, esporte, lazer, arte, e demais serviços que são realizadas no território.

E ainda, são os serviços em processo de habilitação, conforme Quadro X.

**Quadro X – Serviços em processo de habilitação, para compor a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Região Central Norte.**

SERVIÇO	REABILITAÇÃO	MUNICÍPIO	CNES
Habilitação CER TIPO IV	FÍSICA, INTELLECTUAL, AUDITIVA E VISUAL	APAE DE COLATINA	3845443
Habilitação CER TIPO II	FÍSICA, INTELLECTUAL	PESTALOZZI DE LINHARES	5692768
Habilitação CER TIPO III	FÍSICA, INTELLECTUAL E AUDITIVA	APAE DE NOVA VENÉCIA	9268650

**4.2.2) Centros de Especialidades Odontológicas – CEO**

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico.

A Região Central Norte possui 2 (dois) CEO Tipo 3, localizados respectivamente, nos municípios de Colatina e Nova Venécia que não foram habilitados para atendimento da Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência.

#### **4.2.3) Ostomizados**

O serviço de atenção às pessoas ostomizadas presta assistência especializada de natureza interdisciplinar, às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, na orientação ao cuidador e/ou familiar, assim como para realização de suas atividades de vida autônoma, prevenção de complicações nas ostomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, e serem integrados às unidades que prestem serviços de Reabilitação Física.

A prestação de assistência especializada para pessoas ostomizadas, conforme estabelecido na Portaria SAS/MS n. 400, de 16 de novembro de 2009, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional.

A Atenção à Pessoa Ostomizada no Estado do Espírito Santo se dá por meio de Serviços instituídos nas Regionais de Saúde, funcionando dentro da estrutura dos Centros Regionais de Especialidades.

Buscando a padronização de atendimento, bem como a implantação de fluxos e formulários que norteiem os profissionais que compõem as equipes dos Serviços Regionais no seu processo de trabalho, foi constituída uma Comissão Estadual de Padronização de Fluxos de Atendimento aos Ostomizados do Estado

do Espírito Santo – Portaria 325 – S publicada em 24.10.2013, com a finalidade de elaborar uma proposta que contemple este objetivo.

Em relação à cirurgia de reversão em Ostomia a Santa Casa de Misericórdia Vitória é, hoje, o local de referência, ofertando 4 procedimentos/mês.

Na Região Central Norte existe o Programa de Atenção à Pessoa Ostomizada do Núcleo Regional de Especialidades de Colatina. A Equipe deste serviço é composta por uma Técnica em Enfermagem, uma Enfermeira (que coordena a Equipe de Enfermagem do NREC e também o programa de Hepatites, não sendo exclusiva ao Programa de Ostomizados), e uma Assistente Social (que também não é exclusiva ao programa). Onde, são atendidos pacientes de 18 municípios, totalizando em média, 347 pacientes ao mês, e o Programa funciona sem agendamento prévio, com atendimentos de segunda a sexta feira de livre demanda. Assim que o paciente recebe alta do hospital onde realizou o procedimento para confecção da ostomia, é referenciado ao programa. O Paciente ou seu familiar é acolhido no serviço. Neste momento é realizado um cadastro para o paciente, seguido da consulta de Enfermagem onde recebe todas as orientações necessárias referentes aos cuidados com a ostomia, bem como a manipulação da bolsa e coadjuvantes. Ainda neste primeiro atendimento, é fornecido o material para uso mensal, e os encaminhamentos para acompanhamento multiprofissional no município de referência, especialmente de Psicologia e Nutrição. O paciente também passa pelo atendimento com a Assistente Social e recebe os encaminhamentos necessários para possíveis benefícios.

#### **4.2.4) Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e aparelho de amplificação sonora individual (AASI)**

O Ministério da Saúde adota medidas para incorporação do recurso FAEC ao Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) do Distrito Federal, Estados e Municípios referente aos procedimentos constantes na Portaria GM/MS nº 1.272/2013 e a formação de série histórica registrada pelos estabelecimentos de saúde. Segundo a tabela SIGTAP/SUS os estabelecimentos de Saúde habilitados pelo Ministério da Saúde como Centro de referência de reabilitação em medicina física (código 2201), Centro de reabilitação física - nível intermediário (Código 2202) e/ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) Modalidade Física (Código 2208) podem registrar bem como faturar os procedimentos previstos na referida Portaria.

Assim, o financiamento federal para aquisição e concessão de OPM Auditiva o Ministério da Saúde repassa recursos federais na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para custeio destes procedimentos. Já o financiamento das cadeiras de rodas e adaptações posturais, já existem recursos fixos incorporados no Teto Financeiro da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e/ou Municípios com esta finalidade.

A questão de concessão de OPM e AASI na Região é preocupante pois segundo NEPPS (Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde) SESA/ES atualmente a PPI não dispõe de recursos para cobrir os procedimentos de OPM e AASI (saúde auditiva) para além do que já há programado na PPI, ou seja, não há recursos federais em reserva técnica para esta finalidade, uma vez que na PPI há apenas R\$ 28.561,37 para realizar todas as reposições/atualizações de teto para os 78 municípios para todas as redes e procedimentos não rede. AASI não existe na versão atual da PPI.

Outro fator preocupante é que em dezembro de 2005, a Policlínica de Referência da Universidade de Vila Velha (UVV), após o credenciamento junto ao Ministério da Saúde como Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade (pela portaria 665 de 23 de novembro de 2005), iniciou seus atendimentos de reabilitação auditiva tendo como função desenvolver ações de prevenção, terapia fonoaudiológica e fornecimento de aparelhos auditivos, atendendo aos usuários de todo o Estado.

Em 2018, através da publicação do Edital de Credenciamento nº 005 de 2018, foi formalizado instrumento contratual adequado entre SESA/ES e Policlínica da UVV, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo, em serviço de reabilitação auditiva. No dia 17/09/2020 foi encaminhado pela Policlínica UVV o ofício Nº08/2020 que declara o desc credenciamento da Policlínica UVV do SUS do ES e extinção do contrato celebrado com a SESA, destinado a realização de procedimentos no âmbito da saúde auditiva, no prazo de 90 dias, conforme estabelecido no item 13.3 do Edital de credenciamento SESA/SASS/GECORC/NEC/Nº 005/2018.

Em 04/12/2020 a Policlínica UVV reitera a notificação de desc credenciamento do serviço do SUS do ES através do Ofício Nº 12/2020, sendo a decisão dos sócios no sentido de extinção da empresa, aguardando apenas o cumprimento do contrato em vigor com a SESA, para devida formalização.

Assim, se observa um déficit importante na atenção e oferta de serviços na reabilitação auditiva do Estado do ES e Região.

Segundo dados do NERCE/SESA, o Estado tem uma demanda reprimida de 2046 pacientes para audiometria, 491 para realização do BERA e 906 para audiologia.

Estratégias foram apontadas pelo GCE sendo necessária a ampliação da oferta e da capacidade assistencial no ES, com fortalecimento da rede própria da SESA (o CER II – CREFES) e dos serviços já habilitados pelo Ministério da Saúde como CER na modalidade auditiva (CER III – Guarapari e de Colatina), com vistas a regionalização para facilitar o acesso dos usuários do SUS a RCPD.

Assim, o Grupo Condutor Estadual da RCPD apoiou durante o período de março até junho de 2021 a formação do GT (Grupo de Trabalho) Regional da RCPD/ Central Norte, composto por membros das SRS de Colatina e São Mateus, APAE Colatina e SEMUS Colatina, que realiza agenda compartilhada de trabalho, desenvolve encaminhamentos nos espaços de governança regional, avaliou fatores de dificuldade de concessão de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), via CER de Colatina, em atendimento da Região Central Norte, que concluiu apontando necessidade de co-financiamento estadual para o único serviço habilitado na Região Central Norte, para reabilitação auditiva em especial para o fornecimento de AASI, mas o CER III – APAE Colatina, que mediante o ofício n. 124/2021 de 09/08/2021 admite dificuldade para compra, e solicita esse aporte de recursos estaduais para a concessão de AASI como estratégia de garantia do serviço e acesso dentro da Região de Saúde.

Assim, durante o mês agosto de 2021, as equipes da Gerência de Políticas e Organizações de Redes de Atenção à Saúde (GEPORAS) e do Núcleo Especial de Regulação em Consultas e Exames (NERCI/SESA) definiram fluxo especial de encaminhamentos para usuários com necessidade de uso de AASI via MV (ARF), conforme demonstra o Quadro X, com os serviços de referência:

**Quadro X – serviços de referência para AASI, Região Central Norte.**

SERVIÇO DE REFERÊNCIA AASI	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
<b>CREFES (CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO ESPÍRITO SANTO)</b>	ÁGUA DOCE DO NORTE AGUIA BRANCA ALTO RIO NOVO BARRA DE SÃO FRANCISCO ECOPORANGA MANTENÓPOLIS MARILÂNDIA

	<p>MONTANHA PANCAS PINHEIROS PONTO BELO SÃO DOMINGOS SÃO GABRIEL VILA VALÉRIO</p>
<p><b>PESTALOZZI GUARAPARI</b></p>	<p>BAIXO GUANDU BOA ESPERANÇA COLATINA CONCEIÇÃO DA BARRA GOV LINDEMBERG JAGUARÉ LINHARES NOVA VENÉCIA PEDRO CANÁRIO RIO BANANAL SÃO MATEUS SÃO ROQUE SOORETAMA VILA PAVÃO</p>

Fonte: SESA/GEPORAS/NERCI.

Outras consultas especializadas são ofertadas pela Secretaria de Saúde, através do CRE Metropolitano, e reguladas seguindo o fluxo comum, iniciado nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e encaminhadas para serviços especializados, conforme descreve-se a seguir:

**Programa de Órtese e Prótese Oftalmológica:** paciente deve passar por consulta com um oftalmologista do Sistema Único de Saúde (SUS), que emitirá a receita. Esta deve ser entregue na sede do Programa de Órtese e Prótese (CRE – Metropolitano) com demais documentos para abertura de processo.

**O Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES):** referência estadual na prestação de serviços de alta complexidade de Reabilitação Física, Referência Estadual Auditiva (média e alta complexidade), na concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e prótese mamária, na realização de Exame de Eletroneuromiografia, e na aplicação de Toxina Botulínica nos casos de Distonias e Espasticidades.

### **Centro Regional de Especialidades (CRE METROPOLITANO)**

- Serviço de diagnóstico em oftalmologia e dispensação de OPM oftalmológica
- Serviço de Oftalmologia: 06 médicos oftalmologistas

#### **4.2.5) Doenças raras**

Segundo a OMS, as Doenças Raras são doenças com prevalência inferior a 65:100.000 habitantes, ou seja, 1:1540 habitantes, são estimadas de 6 a 8 mil tipos de doenças raras, onde aproximadamente 80% são de origem genética, os demais 20% são de origem auto inflamatória, autoimune, degenerativa ou infecciosa. Atualmente, estima-se que no Brasil exista 13 milhões de pessoas com doenças raras.

Apesar da baixa prevalência podem compartilhar aspectos como; gravidade, curso clínico cronicamente debilitante, progressivas, degenerativas, incapacitantes, discriminação e estigmatização. Existe fatores que dificultam o diagnóstico em tempo oportuno como a escassez de recursos diagnósticos e terapêuticos, escassez de serviços especializados e concentração de profissionais especialistas, dificuldade de acesso a serviços de saúde especializados, falta de treinamento de profissionais e poucos dados sobre a história natural das doenças raras.

Nos grupos de doenças raras temos as anomalias congênicas ou manifestação tardia como esclerose tuberosa, epidermólise bolhosa, granulomatosa crônica e síndrome de turner.

O grupo é o de deficiência intelectual/ síndrome intelectual; síndrome de deleção 22q11, anomalias cromossômicas e síndrome de X-frágil. Outro grupo, é relacionado aos erros inatos do metabolismo como exemplo doença de Pompe, fenilcetonúria, fibrose Cística e Doença de Gaucher, essa com tratamento precoce e adequado se previne grande parte das complicações.

A atenção às pessoas com doenças raras é estruturada na Atenção Primária e na Atenção Especializada, em conformidade com as Rede de Atenção à Saúde e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS.

É fundamental que exista referência bem regulada para cuidado compartilhado do manejo pelas equipes de APS, AAE e AH. As equipes de APS precisam reconhecer ou suspeitar de sinais ou sintomas que podem sugerir doença rara de forma precoce, ou seja, na atenção básica precisa ser capacitada para a

suspeita correta, o direcionamento encaminhamento efetivo, seguimento e co-manejo (cuidado compartilhado), garantia de exames confirmatórios e encaminhamentos aos serviços de AAE de referência em doenças raras.

As doenças raras não são de notificação compulsória, se trabalha com estimativas, sendo 80% de etiologia genética, importante a garantia de serviço de referência na área de genética médica, pois se orienta sobre investigação, diagnóstico, prevenção, aconselhamento genético e tratamento de doenças transmitidas geneticamente, possibilidades de recorrência no familiar e tratamento de doenças raras e planejamento gestações.

A regulação e encaminhamento precisam de adequada indicação para avaliação especializada por exemplo, casais consanguíneos com diagnóstico ou suspeita de doença genética, deficiências intelectual modelada a grave por provável origem genética, síndrome de Down ou com suspeita de cromossomopatia, óbitos fetais ou infantis sem justificativas, suspeita ou diagnóstico de ataxia ou coreia de provável origem genética (após avaliação neurológica), histórico familiar de distrofia muscular ou miopatia de origem genética, gestante com histórico de malformações congênitas maiores ou doenças raras, paciente com histórico de abortos recorrente (3 abortos consecutivos) com avaliação inconclusiva após investigação inicial. Além do teste neonatal (teste do pezinho) alterados que permite identificar doenças graves (UFRGS).

#### **4.2.6) triagem auditiva neonatal e triagem ocular neonatal**

A triagem neonatal será composta dos testes do pezinho, do olhinho e da orelhinha, visando detecção precoce de várias patologias.

##### **Teste da orelhinha – Triagem auditiva neonatal**

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família.

A TAN deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h) na maternidade, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida, a não ser em casos quando a saúde da criança não permita a realização dos exames. No caso de nascimentos que ocorram em domicílio, fora do ambiente hospitalar,

ou em maternidades sem triagem auditiva, a realização do teste deverá ocorrer no primeiro mês de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O fluxo para atendimento ao neonato com suspeita de deficiência auditiva, após a TAN, a marcação é realizada diretamente para o centro de referência em reabilitação auditiva (CER), via planilha de monitoramento realizada pelo próprio hospital maternidade no momento da alta da criança da maternidade, o objetivo deste fluxo direto é promover uma maior precocidade no atendimento da criança com déficit auditivo, proporcionando uma melhor reabilitação e inclusão social.

### **Teste do Olhinho – Teste Do Reflexo Vermelho**

Permite avaliar, já nas primeiras horas de vida, a presença de algumas doenças oculares, realizado na maternidade. Uma fonte de luz sai de um aparelho chamado oftalmoscópio e é observado o reflexo que vem das pupilas. Quando a retina é atingida por essa luz, os olhos saudáveis refletem tons de vermelho, laranja ou amarelo. Em algumas doenças, não é possível observar o reflexo ou sua qualidade é ruim, esbranquiçada. A comparação dos reflexos dos dois olhos também fornece informações importantes, como diferenças de grau entre olhos ou o estrabismo. O teste do olhinho previne e diagnostica doenças como a retinopatia da prematuridade, catarata congênita, glaucoma, retinoblastoma, infecções, traumas de parto e a cegueira.

### **Teste do Pezinho**

Exame feito a partir de sangue coletado do calcanhar do bebê e que permite identificar doenças graves, como: o hipotireoidismo congênito (glândula tireóide do recém-nascido não é capaz de produzir quantidades adequadas de hormônios), a fenilcetonúria (doença do metabolismo) e as hemoglobinopatias (doenças que afetam o sangue – traço falcêmico e doença falciforme) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009); exame este realizado na APAE-Vitória.

## **4.3 Organização da Atenção Hospitalar**

Considerando a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades, a atenção hospitalar (urgência e emergência), deverá:

a) Responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;

b) Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;

c) Ampliar o acesso e qualificar da atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;

d) Ampliar acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.

A seguir, o Quadro X demonstra os hospitais, ainda no recorte do PDR anterior ao vigente, para a Região de Saúde Central, seguido do número de Leitos SUS.

**Quadro – Hospital, quantitativo de Leitos SUS e natureza do equipamento hospitalar, Região de Saúde Central**

Município	Hospital	Leitos SUS*	Natureza	CNES
Aracruz	Hospital e Mater. São Camilo	101	Filantropico	2770326
Baixo Guandu	Hospital Dr. João Santos Neves	52	P. Estadual	2675714
Colatina	Hospital e Maternidade São José	194	Filantropico	2448521
	Hospital Sílvio Ávidos	152	P. Estadual	2446030
	Santa Casa de Misericórdia de Colatina	45	Filantropico	2448637
	Casa de Saúde Santa Maria	-	Privado	2448424
	Casa de Saúde Santa Luzia	-	Privado	2448416
	Hospital Unimed Noroeste	-	Privado	5939712
	São Bernardo Apart Hospital	-	Privado	5678838

João Neiva	Hospital e Maternidade Sagrado Coração de Maria	32	Filantrópico	2403242
Linhares	Hospital Rio Doce	98	Filantrópico	2465833
	Hospital Geral de Linhares	100	P. Municipal	2465825
	Hospital Unimed Linhares	-	Privado	3070328
Rio Bananal	Hospital Maternidade Alfredo Pinto Santana	28	P. Municipal	2494345
São Gabrie da Palha	Hospital São Gabriel	21	P. Municipal	9922970
<b>Total</b>		<b>828</b>		

Fonte: CNES/DATASUS e PAR RUE \*Todos os leitos SUS disponíveis

Na antiga Região Central a taxa de ocupação de leitos de 51,8% (produção aprovada) e a média de permanência de ocupação do leito é de 4,65, considerando as informações apresentadas no Quadro X.

#### Quadro – Número de leitos hospitalares SUS no ES e nas Regiões de Saúde.

Regiões de Saúde e Espírito Santo	Leitos SUS	Leitos SUS/ 1000 habit.	Tx ocupação de leitos (produção aprovada)	Tx ocupaçã de leitos (produção aprovada + rejeitada)	Média de permanência
Metropolitana	3.131	1,41	64,3%	71%	5,38
<b>Central</b>	<b>782</b>	<b>1,20</b>	<b>48,3%</b>	<b>59%</b>	<b>4,16</b>
Norte	588	1,38	39,2%	39,77%	3,77
Sul	1.183	1,76	51,8%	52,81%	4,65
<b>ES</b>	<b>5.684</b>	<b>1,43</b>	<b>56,9%</b>	<b>62,51%</b>	<b>4,92</b>

Fonte: CNES/SIH 2018 e PAR RUE

#### 4.3.1) Serviço de Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de Atenção à Saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é o serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) que podem ser Tipo I ou Tipo II e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), de acordo com o número de habitantes de cada município, e pelo Cuidador, pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

O objetivo da AD é a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Em 08 de Novembro de 2011, o governo federal lançou o programa “Melhor em Casa” que regulamenta a atenção domiciliar em nível federal, através da Portaria MS nº 825, de 25/04/2016. Assim foi publicado o manual de instrução do programa Melhor em Casa, com o intuito de detalhar algumas orientações específicas aos gestores de saúde que auxiliarão na elaboração do projeto e adesão ao programa.

Na Antiga Região Central de Saúde ainda não temos Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) ou Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) implantadas.

São os fluxos de prestadores de serviços, referência em reabilitação, para a Região de Saúde Central Norte, conforme descrição no Quadro X.

**Quadro: prestadores de serviços, referência em reabilitação, Região Central Norte.**

ITEM DE AGENDAMENTO	PRESTADOR	MUNICÍPIOS VINCULADOS
Reabilitação Física e Intelectual	APAE COLATINA- CER III	Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Valério
	APAE Nova Venécia – CER II	Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Vila Pavão.
Reabilitação Auditiva	APAE COLATINA- CER III e (CREFES e PESTALOZZI GUARAPARI PARA AASI)	Água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Colatina, Conceição da Barra, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Jaguaré, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário,

		Pinheiros, Ponto Belo, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Mateus, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Pavão e Vila Valério.
--	--	--

#### 4.4 Dispositivos de gestão e cuidado em rede.

##### 4.4.1 Autorregulação formativa territorial (arf)

O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa E Inovação Em Saúde - ICEPi institui o Laboratório de Inovação, Práticas, Regulação e Atenção Em Saúde - LIPRAS/ICEPI fomentador desse Projeto de Extensão e Inovação em Ambiente Produtivo em Saúde Projeto de Implantação de Autorregulação Formativa: Inovação do acesso assistencial.

Considerando a Portaria nº 102-R de 20 de maio de 2021 que dispõe sobre a organização e funcionamento da Atenção e da Vigilância em saúde no âmbito estadual do Sistema Único de Saúde do ES, ao estabelecer a Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde e seus subsistemas; de atenção e vigilância hospitalar, de atenção e vigilância ambulatorial e de comando e controle. A RAVS-ES organiza a relação entre diversos pontos de atenção via Autorregulação Formativa.

A Autorregulação Formativa Territorial (ARF) otimiza o cuidado compartilhado entre APS e AAE pois operacionaliza os componentes de acesso assistencial de cuidado e de formação profissional a cada grupo de equipes de saúde da família e suas respectivas referências especializadas. Em 10/2019 todos os municípios da Região Central Norte aderiram ao Sistema de Informação de Regulação Ambulatorial através do edital Icepi nº 05/2019 que tratava dos componentes de Informação em Saúde do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – Qualifica-APS (ICEPi, 2020).

Na proposta estadual de Autoregulação Formativa Territorial (ARF) o profissional regulador incorpora a competência de educação permanente e de assistente, onde a demanda clínica referida ao profissional regulador será traduzida também em demanda pedagógica com foco no desenvolvimento de competências clínicas ampliadas nos profissionais da atenção primária.

Assim, brevemente no Espírito Santo os Centros de Alta complexidade em reabilitação física de diversos municípios estão se adaptando na regulação de acesso com vias de implantação não só do novo sistema que reflita os reais fluxos da Rede e da programação pactuada integrada (municipais e estadual). Desta forma, na Região Central Norte a construção dos fluxos regulatórios converge com o refinamento das Programações Pactuadas Integradas (PPI) municipais e estadual e a construção das linhas cuidados da RCPD e caminham em semelhantes ritmos de implantação.

A implementação da Regulação Formativa ocorre em médio prazo, podemos pensar como proposta a construção de linhas de cuidados ou diretrizes para a reabilitação física, incluindo capacitações para as equipes municipais a fim de otimizar o atendimento ao usuário, podendo este, ser atendido próximo à sua residência.

Assim, as formas de acessos aos CER migram de diversas e principal o antigo SISREG ou demanda direta para via auto regulação formativa com integração dos pontos importantes da RCPD, por exemplo, o CREFES que atende os casos mais complexos e graves de todo ES, outro exemplo é o Centro Regional de Especialidades Metropolitano (CRE-Metropolitano) que abriga o Programa estadual de Órteses e Próteses Oftalmológicas e dispensação destes materiais ambos mantidos com recurso financeiro estadual. O Centro Especializado em Reabilitação nas modalidades física e intelectual - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Colatina – APAE atende os municípios da região Central - PDR 2011- do Espírito Santo, em um total de 944 (Novecentos e quarenta e quatro) pacientes e alunos, atendendo a pacientes com distúrbio da audição, intelectual e física. Atualmente, está com uma demanda reprimida de 91 pacientes com deficiência intelectual.

No primeiro semestre de 2021, a Apae de Colatina como CER III realizou transição entre sistemas para Auto Regulação Formativa gera uma média de 6.363 procedimentos de produção por mês. Em 2021, com a habilitação da modalidade visual CER IV, a instituição conseguirá ampliar ainda mais os atendimentos. Em 2019 o CER Colatina fez 34.255 de fisioterapia, hidroterapia, equoterapia e ortopedia. Número de atendimentos realizados em 2019, na área da Deficiência Intelectual foram 36.974 divididos entre a fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, psicopedagogia, psiquiatria e neurologia. Número de atendimentos realizados em 2019, na área da Deficiência Auditiva foram 3.640 divididos entre terapia fonoaudiológica\*, emissões otoacústicas evocadas, teste da linguinha, audiometria tonal limiar (via aérea / ossea), imitanciometria, logaudiometria (ldv-irf-lrf) e consultas otorrinolaringológicas. Em 2020 foram as

OPMs dispensadas 7 (sete) Cadeira de Rodas, sendo 1 (uma) Monobloco e 6 (seis) Cadeiras de Rodas Motorizada (Adulto/Infantil). Fonte: APAE Colatina

Finalmente, se busca na implementação da RCPD na Região Central Norte fomentar o uso da AutoRegulação Formativa (ARF) como ferramenta para operacionalização do cuidado compartilhado do usuário entre equipes de diferentes níveis de atenção/assistência, através do compromisso com matriciamento territorial e seguimento da cadeia de cuidado longitudinal e de formação profissional.

#### **4.4.2 Classificação de risco dos usuários**

Na Região Central Norte existe debate sobre adoção de programas de Triagens Neonatais, busca de sensibilização das equipes para adequado acompanhamento e seguimento das crianças para a garantia do diagnóstico, tratamento e reabilitação necessários, indicando fluxos assistenciais aos serviços de saúde responsáveis pelo cuidado.

#### **Fluxos de referência e contrarreferência do serviço e triagens neonatais**

O fluxo é organizado de forma que, para ser atendido nos Ambulatórios de Especialidades, o paciente deverá primeiramente procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua casa para que um médico (Clínico Geral) avalie seu caso. Caso haja necessidade, o médico fará o encaminhamento para que o mesmo dê continuidade ao tratamento em um dos Ambulatórios de Especialidades da cidade. As vagas estão inseridas no sistema de Auto Regulação Formativa.

O CER de reabilitação física e intelectual conta com médico Ortopedista / Neurologista que realiza o atendimento dos pacientes. O Serviço social da instituição recebe toda a documentação do paciente para realizar a triagem (a exemplo, a triagem auditiva Neonatal). A triagem inicial é realizada por profissionais capacitados, a fim de identificar os critérios de inclusão deste usuário ao serviço. Após a inserção do usuário, a equipe elabora o Plano Terapêutico do mesmo. Este plano direciona os atendimentos necessários para a reabilitação do usuário. Em seguida, ele passa por avaliações com os profissionais, para que de acordo com as vagas, seja realizada a inclusão do paciente nos horários.

Caso o usuário necessite de algum exame complementar, prescrito pelos médicos do CER II, é respeitado o fluxo de concessão de exames de cada município e/ou da Superintendência Regional de Saúde via MV. Caso

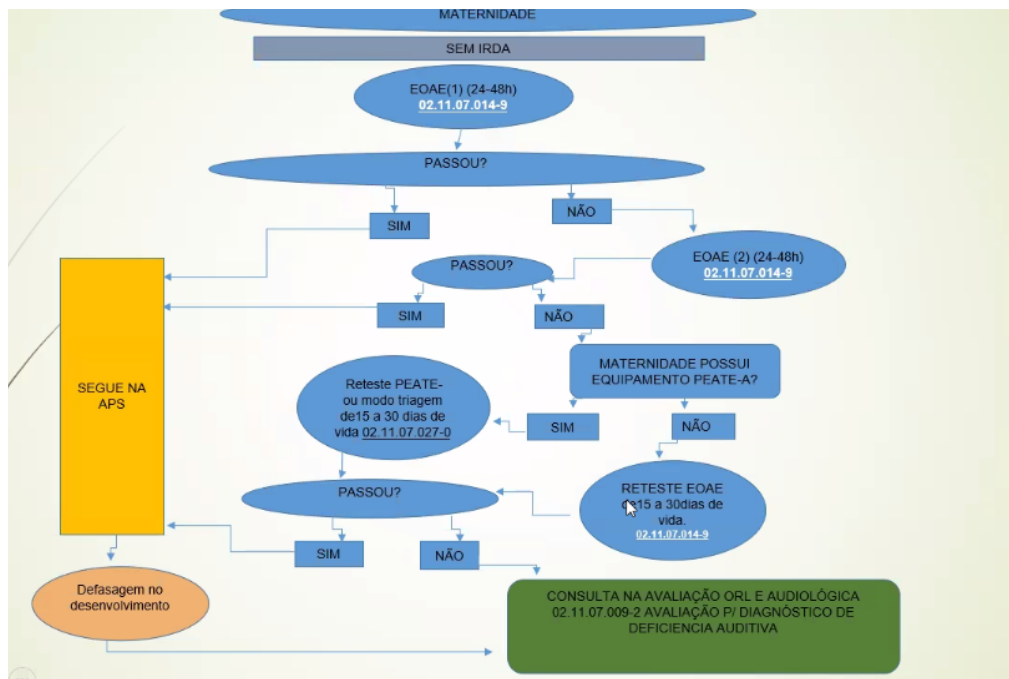
necessário o usuário será encaminhado para o seu município de origem, que deve realizar agendamentos e acompanhamentos. Depois de realizado o exame, o paciente retorna diretamente para o CER. Após alta o usuário é encaminhado para o seu município de residência, que o encaminhará para o serviço de referência.

### **Fluxograma da atenção integral à saúde auditiva**

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família.

A TAN deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h) na maternidade, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida, com exceção para os casos onde a saúde da criança não permite a realização dos exames. Nascimentos ocorridos em domicílio, ou fora do ambiente hospitalar, ou em maternidades sem triagem auditiva, a realização do teste deverá ocorrer no primeiro mês de vida pelo serviço de referência do território. De forma geral é organizado em duas etapas (teste e reteste), no primeiro mês de vida, trabalho realizado com foco na presença ou ausência de indicadores de risco para a deficiência auditiva (Irda), conforme demonstra o Infográfico X.

### Infográfico – Classificação de risco IRDA, Região de Saúde Central Norte.

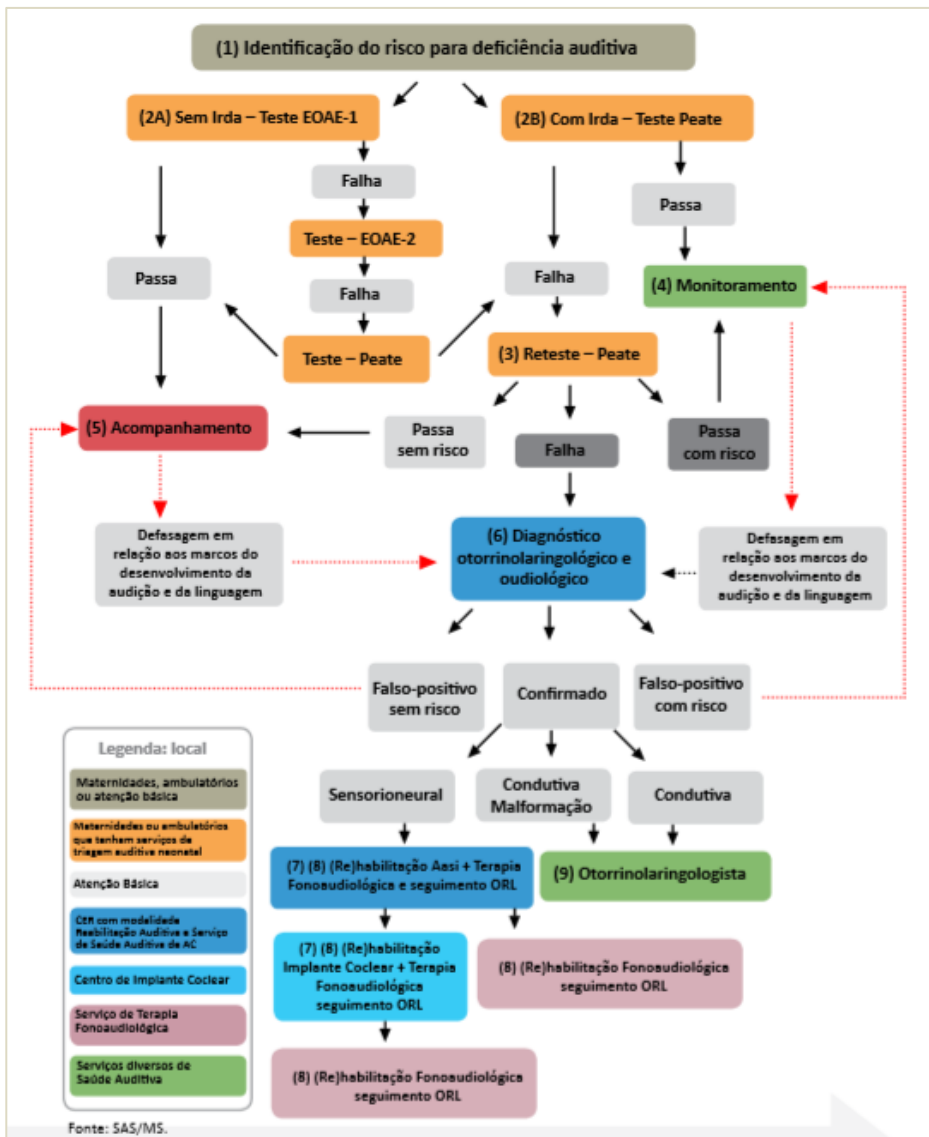


Fonte: Plano de Ação Regional – RCPD, Região de Saúde Central Norte.

Assim, a Atenção Integral à Saúde Auditiva na Infância integra diferentes unidades e níveis de atenção da saúde auditiva. O Infográfico X, apresenta o fluxograma para ações desenvolvidas indicando o nível e o local de atendimento na rede.

O diagnóstico funcional e a reabilitação fazem parte de um processo contínuo e necessário para o alcance do desfecho esperado em crianças com perdas auditivas permanentes. Desta forma, sem as etapas subsequentes de diagnóstico funcional a reabilitação não será efetiva. Portanto, além da realização do teste e reteste, é necessário que se garanta o monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e linguagem e o diagnóstico e a reabilitação pelo serviço de referência do território (CER Colatina). Veja abaixo a proposta de fluxograma disponibilizado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS, 2020).

Infográfico fluxograma para ações desenvolvidas indicando o nível e o local de atendimento na rede



Fonte: Plano de Ação Regional – RCPD, Região de Saúde Central Norte

Na Região Central Norte a atuação dos grupos condutores visam à interseção das ações das redes RCPD e RAMI em ações conjuntas como exemplo, a atenção ao recém nascido na TAN (Triagem Auditiva Neonatal) junto as maternidades de referência e componentes/serviços das mesmas visando qualificação da assistência, CER (Centros Especializados em reabilitação) auditiva e equipes de Atenção Primária na continuidade do cuidado compartilhado das crianças que falham ou não nos testes e retestes da TANU.

## 4.5 Reabilitação

### 4.5.1 Reabilitação auditiva

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), os serviços de reabilitação de pessoas com deficiência auditiva são aqueles que fazem a concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI). Esses serviços realizam o processo de reabilitação auditiva, o que inclui: diagnóstico – consultas e exames audiológicos, seleção, adaptação, concessão de AASI e terapia fonoaudiológica. Além disso, são responsáveis pelo acompanhamento periódico da perda auditiva com o objetivo de monitoramento e realização de possíveis modificações nas características eletroacústicas do aparelho auditivo utilizado pelo usuário, bem como para as orientações quanto ao uso e manuseio do AASI. A reabilitação auditiva conta com procedimentos específicos para que os efeitos de uma perda auditiva sejam minimizados. Habilitação auditiva e reabilitação auditiva são termos que diferem pelo fato de que se referem à terapêutica aplicada à criança cuja perda auditiva existe desde o nascimento ou anterior à aquisição da linguagem. Na Região Central o único serviço habilitado junto ao MS é o CER Colatina que realiza reabilitação auditiva com apoio do CREFES (Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo) para concessão de AASI (Aparelho de amplificação sonora individual).

O CREFES comporta o Polo de Audiologia habilitado pelo Ministério da Saúde como Serviço de atenção de média e alta complexidade em Saúde Auditiva e realiza procedimentos Regulados como a Consulta Especializada em otorrinolaringologista, o Exame audiometria e a imitanciometria, o exame emissões otoacústica e o exame PEATE- BERA.

### 4.5.2 Serviço de implante coclear

O Serviço de Atenção Especializado às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS, preconizado pela Portaria GM Nº 2.776, de 18 de Dezembro de 2016, foi habilitado no estado do Espírito Santo em Dezembro de 2017 no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM). O tratamento cirúrgico é indicado como uma opção de tratamento para pacientes, adultos e crianças, com deficiência sensorio-neural profunda bilateral que obtêm pouco ou nenhum benefício com AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual). São considerados como um recurso efetivo, que permitem melhora significativa na maioria desses pacientes, sempre acompanhada de habilitação e/ou reabilitação auditiva. A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os pacientes que realizaram a cirurgia de Implante Coclear e o acompanhamento é para toda a

vida do paciente. Para a garantia do sucesso da cirurgia, é preciso que o paciente compareça ao serviço nos dias agendados e, além disso, façam acompanhamento na região de origem, quando disponível (SESA, 2021). Todos são procedimentos considerados de alta complexidade e especificidade. Já o tratamento cirúrgico é indicado apenas em casos específicos, cujas indicações serão avaliadas pelos serviços especializados em saúde auditiva (CREFES).

No CREFES os pacientes seguirão o fluxo conforme protocolo da Autoregulação Formativa (ARF) definido para os pacientes com perfil indicado ao Implante Coclear. O Usuário para ter acesso ao serviço de implante coclear, deverá seguir o seguinte Fluxo de Atenção. Assim, em relação ao fluxo para atendimento ao neonato com suspeita de deficiência auditiva, após a TAN, a marcação é realizada diretamente para o centro de referência em reabilitação auditiva (CER ou CREFES) responsável pelo território para a assistência hospitalar no momento da alta da criança da maternidade, o objetivo deste fluxo direto é promover uma maior precocidade no atendimento da criança com déficit auditivo, proporcionando uma melhor reabilitação e inclusão social.

#### **4.5.3 Serviço de oftalmologia e reabilitação visual**

A reabilitação/habilitação de pessoas com baixa visão e cegueira prevê uma abordagem interdisciplinar e implica no envolvimento direto de profissionais atuando junto à pessoa com deficiência visual e sua família. O oftalmologista na área da baixa visão deve desenvolver trabalho conjunto com equipe de profissionais da área de reabilitação, como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, profissional de orientação e mobilidade com o objetivo de reabilitar/habilitar a pessoa com deficiência visual com vistas a sua inclusão social. Atualmente no HUCAM o atendimento de setor de Baixa Visão realiza a implantação do sistema MV para realização de agendamentos e encaminhamentos.

No Centro Regional de Especialidades (CRE METROPOLITANO) existe o Programa de Órtese e Prótese Oftalmológica, onde o paciente deve passar por consulta com um oftalmologista do Sistema Único de Saúde (SUS), que emitirá a receita. Esta, deve ser entregue na sede do Programa de Órtese e Prótese (CRE – Metropolitano) com demais documentos para abertura de processo. Centro Regional de Especialidades (CRE METROPOLITANO). Serviço de diagnóstico em oftalmologia e dispensação de OPM oftalmológico conta equipe de médicos oftalmologistas que realizam consultas oftalmológicas contratualizadas: Tratamento de Doenças do Aparelho da Visão; Corpo vítreo, retina, coróide e esclera (geral); Corpo vítreo, retina, coróide

e esclera – Fotocoagulação a laser; Corpo vítreo, retina, coróide e esclera – Pan-fotocoagulação; Cavidade Orbitaria e Globo Ocular, e Conjuntiva, Cornea, Camara Anterior, Iris, Corpo Ciliar e Cristalino.

## SEÇÃO 5 – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)

### 5.1 DIRETRIZES E OBJETIVOS (ESTADUAL E REGIONAL):

A Pandemia e a proposta de novo desenho regional da RCPD na Região Central Norte, o PDR 2020, impôs a habilidade de comunicação rápida e troca de informações entre os espaços de governança regionais, entre as referências regionais da rede, os componentes dos Grupos Condutores, e da Camara Técnica e CIR (Comissão Intergestores Regionais). Houve suporte dos membros do Grupos Condutor Estadual e servidores da GEPORAS (Gerente de Políticas e Organização de Redes de Atenção à Saúde) SESA para elaboração do presente PAR.

Após a realização alguns encontros virtuais e presenciais se elaborou a proposta, conforme demonstra o Quadro a seguir:

**Quadro – Matriz do desenho regional e metas estaduais**

DESCRIÇÃO DA META	META				LINHA DE BASE - PARÂMETRO 2018	INDICADORES
	2020	2021	2022	2023		
Ampliar o número de Centro Especializado de Reabilitação (CER) IV implantado na Região Central Norte	0	1	1	1	0	Número de CER Física implantado na Região Central Norte
						Número de CER intelectual implantado na Região Central Norte
						Número de CER Auditiva implantado na Região Central Norte



						Número de CER Visual implantado na Região Central Norte
Ampliar o número de serviços habilitados como Centros Especializados de Reabilitação (CER) tipo II ou CER tipo III na Região Central Norte	2	4	4	4	2	Número de CER Física implantado na Região Central Norte
						Número de CER intelectual implantado na Região Central Norte
						Número de CER Auditiva implantado na Região Central Norte
						Número de CER Visual implantado na Região Central Norte
Implantar 01 Oficina Ortopédica implantada na região e em conformidade com a Portaria GM/MS nº 793/2012	0	0	1	1	0	Número de Oficinas Ortopédicas implantadas na Região
Ampliar o número de maternidades vinculadas à Rede Materno Infantil com oferta de Triagem Auditiva Neonatal (TAN)	5	6	6	6	5	Número de maternidades vinculadas à Rede Materno Infantil com oferta de Triagem Auditiva Neonatal

Fonte: Oficinas do PES (2020/2023)

Avaliando o Quadro, reafirmamos algumas propostas para a Região Central Norte para habilitação de 4 (QUATRO) CER II - Centros Especializados em Reabilitação na Região Centro Norte, existe possibilidades de outros serviços terem potencial para habilitação como CER. Sobre as pactuações atuais veja mais informações abaixo:

A habilitação de CER IV em Colatina – Reabilitação física, Intelectual, auditiva e visual (transtornos do espectro do autismo) com cadastro no SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde) ocorrido em julho de 2021, aguardando parecer do MS.

A habilitação de CER III em Nova Venécia - Reabilitação física, Intelectual, auditiva em fase de liberação pelo MS.

A habilitação de CER II em Barra de São Francisco - Reabilitação física e Intelectual em fase inicial de elaboração e escrita de projeto.

A habilitação de CER II em Linhares - Reabilitação física e Intelectual em fase inicial de elaboração e escrita de projeto.

## **SEÇÃO 6 – PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

Item merece aprofundamento da análise pela região de saúde conforme realização das oficinas de atualização para a programação, em função da discussão da NOVA PPI CAPIXABA

### **6. SISTEMA LOGÍSTICO**

#### **6.1 SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIO E SISTEMA DE REGISTRO ELETRÔNICO EM SAÚDE**

#### **6.2 CENTRAIS DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES**

Item merece aprofundamento da análise pela região de saúde.

#### **6.3 TRANSPORTE EM SAÚDE**

Considere às páginas nº 64 sobre Transporte Eletivo e Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) mas o item merece aprofundamento da análise pela região de saúde.

## 7. SISTEMA DE APOIO

Considere às páginas nº 62, 63 e 68 sobre assistência farmacêutica mas o item merece aprofundamento da análise pela região de saúde

### 7.1 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS (CORRENTE/CUSTEIO E CAPITAL/INVESTIMENTO)

– **EXISTENTES** Conforme a RESOLUÇÃO Nº 131/2024 Abaixo Planilha de Escalonamento de Pleitos do Plano de Ação Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado do Espírito Santo:

#### Região Central Norte

UF	Município	IBGE	Região de Saúde/Polo/População atendida CIB N° 072/2022 CIB N° 153/2020 – PDR 2020	Ano de Execução	Objeto	Ordem de Prioridade de	Tipo	Modalidade	Valor	Nome do Estabelecimento	CNES	Esfere de Gestão responsável pelo serviço	Natureza Jurídica	Esfere de Gestão responsável pelo aporte financeiro (Estado ou Município)
ES	Colatina	3201506	Central/Norte 971.605 hab.	2024	Aquisição de equipamentos	1°	CER IV	Auditiva	RS1.000.000,00	Apae Associação De Pais E Amigos Dos Excepcionais	3845443	Municipal	Entidade sem fins lucrativos	Município
ES	Colatina	3201506	Central/Norte 971.605 hab.	2024	Custeio Transporte Adaptado	2°	CER IV	3 vans adaptadas	RS12.000,00	Apae Associação De Pais E Amigos Dos Excepcionais	3845443	Municipal	Entidade sem fins lucrativos	Município
ES	Colatina	3201506	Central/Norte 971.605 hab.	2024	Incentivo Custeio TEA	3°	CER IV	Intelectual	RS100.000,00	Apae Associação De Pais E Amigos Dos Excepcionais	3845443	Municipal	Entidade sem fins lucrativos	Município
ES	Nova Venécia	3203908	Central/Norte Polo Nova Venécia  212.264 hab.	2024	Adicional 20% TEA	4°	CER II	Física e Intelectual	RS37.800,00	Apae Associação De Pais E Amigos Dos Excepcionais Apae De Nova Venécia	9268650	Municipal	Associação Privada	Município

## SEÇÃO 8 – RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS

Considere o quadro da página nº 80 que aponta as competências por - pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência (RCPD). Mas o Item merece aprofundamento da análise pela região de saúde e para tanto, segue sugestão de matriz para identificação das responsabilidades.

## SEÇÃO 9 – GOVERNANÇA DA RAS

Atualmente a governança regional se manifesta via reuniões ordinárias e extraordinárias da CIR (Comissão Intergestores Regional) mas existe discussão inicial sobre a formação do Comitê de Governança da Rede (CEGRAS)

A institucionalização do Comitê de Governança da Rede (CEGRAS) para a RCPD na região é um item que merece aprofundamento da Região considerando que a institucionalização do Comitê de Governança da Rede (CEGRAS) para a RCPD na região é um tema que merece maior aprofundamento, levando em consideração o "Roteiro Sugestivo de Atividades de Apoio à Implementação e Institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS)". As atividades incluem: resgatar o produto construído na fase 4 com as propostas de composição, competências e normas de funcionamento do CEGRAS; elaborar uma proposta de texto para a estruturação do Regimento Interno do CEGRAS, considerando as competências e normas de funcionamento já desenvolvidas e as recomendações do documento de Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado; realizar articulação com as instituições indicadas para confirmar a disponibilidade de participação no CEGRAS e a indicação dos respectivos representantes; encaminhar a proposta do Regimento Interno e da composição do CEGRAS para as instâncias deliberativas do SUS, conforme os fluxos estabelecidos pela CIB; e apoiar a SES na convocação da primeira reunião, com o objetivo de apresentar o Regimento Interno e as responsabilidades dos membros, após a devida institucionalização pelas instâncias deliberativas do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu identificar os pontos de atenção, além dos sistemas de apoio e logística necessários para a organização do cuidado na Região Central Norte. Também foram definidas as competências e responsabilidades gerais de cada componente e serviço da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), assim como reafirmadas competências já estabelecidas e operacionalizadas.

Propomos a incorporação de novas competências para garantir um cuidado integral, ampliando as discussões sobre a atenção às pessoas com deficiências, os vazios assistenciais e as sobreposições de ofertas. Além disso, é necessário aprofundar as ações de investimento e custeio dos entes envolvidos na governança da RCPD.

Atualmente, a RCPD enfrenta alguns desafios em níveis estadual e regional, como a ausência de serviço de avaliação audiológica de média complexidade no Espírito Santo, o que sobrecarrega os Centros de Reabilitação Auditiva. Há também o desfinanciamento para a oferta de aparelhos auditivos (AASI) e outras OPMs, além da dificuldade na implantação de oficinas ortopédicas e da escassez de profissionais especializados na região, como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e técnicos ortopédicos. Essa carência limita o acesso a algumas especialidades. Outros desafios enfrentados são relacionados a execução do Plano de Ação Regional (PAR), como exemplos, a elaboração e implantação do fluxo da triagem neonatal, a adequação dos serviços de atenção aos ostomizados, a ampliação da capacidade instalada para cobrir os vazios assistenciais da região, o monitoramento dos serviços dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e a construção de linhas de cuidado para cada modalidade de reabilitação.

As agendas de trabalho do Grupo Condutor Estadual (GCE) e do Grupo Condutor Regional (GCR) complementam-se e interagem para promover o monitoramento e avaliação deste PAR. E, recentemente, o Grupo Condutor Regional da RCPD ou Grupo de Trabalho Marcrorregional (GTM) foram atualizados conforme descrito na contracapa deste documento.

Destacamos a importância da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), utilizando avaliações quantitativas e qualitativas das ações e serviços da RCPD. Essas avaliações devem se basear nas informações das matrizes da NOVA PPI CAPIXABA, da RAVS e dos agravos prioritários.

Por fim, para assegurar a sustentabilidade e continuidade do processo de Programação Regional Integrada (PRI), bem como seu monitoramento e avaliação desse documento, é essencial reestruturar e fortalecer as Superintendências Regionais de Saúde de São Mateus e Colatina. Isso permitirá proporcionar apoio técnico-institucional aos municípios e promover uma interlocução eficaz nos espaços de governança da RAVS/RCPD, na Comissão Intergestores Regional e na implantação do Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS).

## REFERÊNCIAS

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: A SAÚDE DA CRIANÇA MENOR DE 10 ANOS, Secretaria Estadual de Saúde. 1. Ed. Vitória, 2019. Disponível em <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/boletim%20epidemiol%C3%B3gico.pdf> acessado em 02.12.20.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dicas em Saúde: Teste do Pezinho. 2009. Acesso em: 08 de Jun 2014. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/180\\_teste\\_pezinho.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/180_teste_pezinho.html)>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Plano Estadual de Saúde 2012/2015. Vitória, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Plano Estadual de Saúde 2020/2023. Vitória, 2020.

SOUZA, et. al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, June 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81)>

CFM, GENÉTICA MÉDICA PARA NÃO ESPECIALISTAS O reconhecimento de sinais e sintomas Genética médica para não especialistas: o reconhecimento de sinais e sintomas / Conselho Federal de Medicina. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em [https://moodle.telessauders.ufrgs.br/pluginfile.php/514622/mod\\_resource/content/1/Ambienta%C3%A7%C3%A3o%20-%20C%20artilha%20CFM.pdf](https://moodle.telessauders.ufrgs.br/pluginfile.php/514622/mod_resource/content/1/Ambienta%C3%A7%C3%A3o%20-%20C%20artilha%20CFM.pdf). Acesso 06 de agosto de 2021.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

